



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Monica Marchese Swinerd

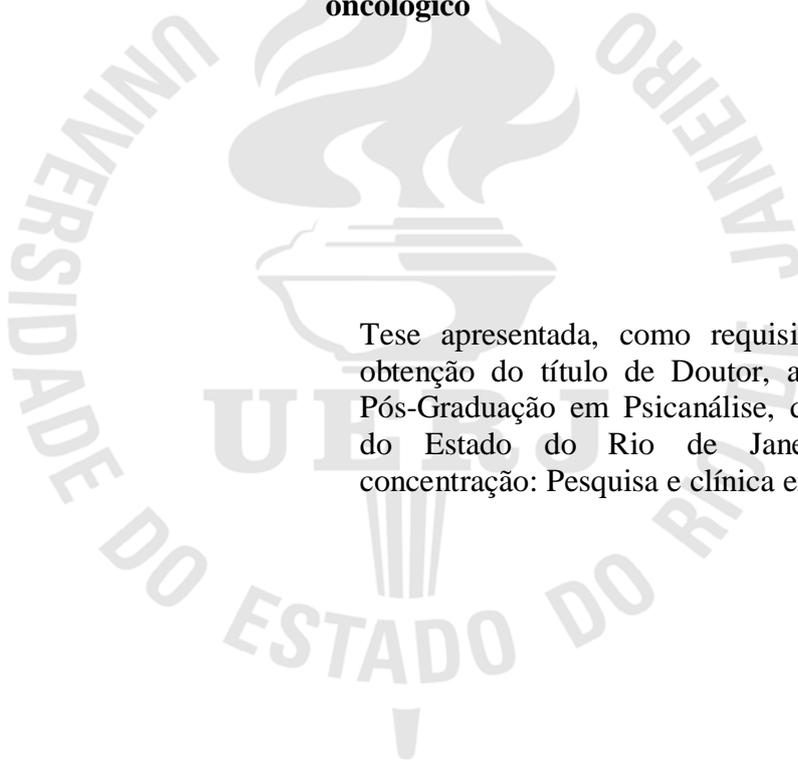
**Do ato médico ao ato analítico: sobre o trabalho do psicanalista em um
hospital oncológico**

Rio de Janeiro

2022

Monica Marchese Swinerd

Do ato médico ao ato analítico: sobre o trabalho do psicanalista em um hospital oncológico



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e clínica em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S978 Swinerd, Monica Marchese.
Do ato médico ao ato analítico: sobre o trabalho do psicanalista em um hospital oncológico / Monica Marchese Swinerd. – 2022.
158 f.

Orientador: Vinicius Darriba.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Discurso – Teses. 3. Hospital – Teses. I. Darriba, Vinicius. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Monica Marchese Swinerd

Do ato médico ao ato analítico: sobre o trabalho do psicanalista em um hospital oncológico

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e clínica em Psicanálise.

Aprovada em 24 de agosto de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Vinicius Darriba (Orientador)

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a Maria Lívia Tourinho Moretto

Universidade de São Paulo - USP

Prof. Dr. Marco Vinicius Brunhari

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Lima Costa

Universidade do Grande Rio – Unigranrio

Prof.^a Dr.^a Cristiane Marques Seixas

Instituto de Psicologia - UERJ

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese ao meu pai, Paulo Vicente Marchese (*in memoriam*), por todo amor, presença, apoio, cujo desejo me fez chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em especial ao meu orientador, Vinicius Darriba, pelo acolhimento, presença e percurso na transmissão da psicanálise, e por ter me permitido chegar até aqui.

Ao suporte, disponibilidade e gentileza sempre da secretaria, Fábio e Carla.

A cada membro da banca, cuja escolha foi particular. À Prof.^a Maria Lívia Moretto, com quem já dialogava antes mesmo de conhecer, através das tantas linhas lidas, cujas palavras e vasta experiência foram iluminando o caminho dessa tese. Ao Prof. Marcos Vinicius Brunhari, pela gentileza e importante contribuição sobre o ato analítico. À Andrea Vilanova, pela transmissão precisa e delicada, obrigada por aceitar este convite. À Prof.^a Cristiane Marques Seixas, pela generosidade em participar desse momento. À Prof.^a Márcia Regina Lima Costa pelo aceite tão generoso em fazer parte da banca.

Aos colegas de turma, doutorandos e mestrandos, pelos partilhamentos nesse percurso. Em especial ao colega Waldir Périco, pela generosidade com as inúmeras referências bibliográficas.

Às amigas que o Doutorado me possibilitou, Ana Cristina Moreira e Leila Guimarães, pelas leituras e parceria tão cuidadosa, com quem dividi as angústias, a dor e a delícia de ser doutoranda. À Dercirier Freire, pelos compartilhamentos. A cada uma, gratidão!

Marília Verdussen, Paula Braga, Marina Leorne, Luciana Saiter, Aline Oliveira, Bárbara Melo, pela clínica, incentivo e presença.

Ao INCA, que me possibilitou fazer do trabalho institucional um lugar de clínica e pesquisa. Ao querido colega Marcelo Chahon, por dividir a clínica da Onco-Hemato, e por estar comigo.

A cada paciente que escutei, agradeço a riqueza de cada encontro. Sem eles, essas páginas não existiriam.

Aos amigos e à dança, presenças necessárias, que tornaram esse percurso mais leve e animado.

À minha analista, à minha supervisora, e colegas de cartel.

Minha família, marido, meus filhos (e norinha), à minha irmã, pela força, pela presença e paciência. À Sofia, que apareceu para ensinar as grandes pequenas coisas.

À minha mãe, Regina Marchese, sempre! Pelo amor, e pelo cuidado com a preparação dessa tese. Por estar aqui, obrigada, mais uma vez.

Veremos o que se passa com os que praticam este ato; quer dizer, o que os define é que são capazes de um tal ato, e capazes de forma tal que eles aí possam ganhar um lugar, como se diz entre os outros atos, esportes ou técnicas, enquanto profissional... O ato psicanalítico diz respeito, e muito diretamente, em primeiro lugar, eu diria, aos que não fazem dele uma profissão.

Lacan, 1967-1968

RESUMO

SWINERD, M. M. Do ato médico ao ato analítico – Sobre o trabalho do psicanalista em um hospital oncológico. 2022. 158f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Essa tese pretende abordar o trabalho do psicanalista em um hospital oncológico, trazendo para a investigação o ato analítico como ato que instaura um antes e depois para o paciente, mas também para o praticante, ato que pode atestar que há analista. Partimos das contribuições de Freud sobre o método psicanalítico em meio às práticas científicas, com o rigor de seu fundamento e sua técnica. Com Lacan, trazemos o tensionamento da relação do psicanalista com o saber, que não é o de um especialista, ao mesmo tempo em que é pela demanda por esse lugar que a instituição o reconhece. A predominância do discurso médico na equipe reserva um lugar à margem, como apresenta Lacan (1966/2001), mas um lugar que pode operar a partir do que se recolhe como relato e experiência de um tratamento oncológico. Em meio aos protocolos, o ato analítico aposta em fazer surgir o sujeito. A partir de fragmentos clínicos, interrogamos quais foram os efeitos da presença do analista. O que sua presença na equipe veio a atestar? Os casos clínicos vêm demonstrar que a presença do psicanalista não conferiu um saber a mais, mas, ao contrário, pela opacidade de seu saber, pôde operar fazendo girar os discursos dominantes na cena médica. Se o ato médico aponta para o tratamento e a cura voltados para o corpo em sua dimensão biológica, o ato analítico tem valor de intervenção significativa, é aí que ele pode atestar, ao mesmo tempo, os efeitos no tratamento e a presença do analista, e por onde pode se dar a transmissão da psicanálise.

Palavras-chave: Psicanálise. Hospital. Prática institucional. Discurso. Ato analítico.

RÉSUMÉ

SWINERD, M. M. De l'acte médical à l'acte analytique - Sur le travail du psychanalyste dans un hôpital d'oncologie. 2022. 158f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Cette thèse entend aborder le travail du psychanalyste dans un hôpital d'oncologie, en apportant à l'investigation l'acte analytique comme un acte qui établit un avant et un après pour le patient, mais aussi pour le praticien, un acte qui peut attester qu'il existe un analyste. Nous partons des apports de Freud sur la méthode psychanalytique au sein des pratiques scientifiques, avec la rigueur de son fondement et de sa technique. Avec Lacan, nous apportons la tension sur le rapport du psychanalyste au savoir, qui n'est pas celui d'un spécialiste, en même temps que c'est par l'exigence de cette place que l'institution le reconnaît. La prédominance du discours médical dans l'équipe réserve une place à l'écart, comme le dit Lacan (1966/2001), mais une place qui peut opérer à partir de ce qui est recueilli comme rapport et expérience d'un traitement oncologique. Au milieu des protocoles, l'acte analytique fait le pari de faire émerger le sujet. A partir de fragments cliniques, nous nous interrogeons sur les effets de la présence de l'analyste. De quoi témoigne votre présence dans l'équipe? Les cas cliniques démontrent que la présence du psychanalyste n'a pas conféré un savoir supplémentaire, mais qu'au contraire, du fait de l'opacité de son savoir, il a pu opérer en détournant les discours dominants sur la scène médicale. Si l'acte médical désigne le traitement et la guérison visant le corps dans sa dimension biologique, l'acte analytique a valeur d'intervention signifiante, c'est là qui peut attester, à la fois, des effets sur la cure et la présence de l'analyste, et à travers lesquels peut s'opérer la transmission de la psychanalyse.

Mots-clés: Psychanalyse. Hôpital. Pratique institutionnelle. Discours. Acte analytique.

RESUMEN

SWINERD, M. M. Del acto médico al acto analítico – Sobre el trabajo del psicoanalista en un hospital oncológico. 2022. 158f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Esa tesis pretende abordar el trabajo del psicoanalista en un hospital oncológico, trayendo para a la investigación el acto analítico como un acto que establece un antes y un después para el paciente, pero también para el practicante, acto que puede atestiguar que hay un analista. Partimos de los aportes de Freud sobre el método psicoanalítico en medio de las prácticas científicas, con el rigor de su fundamento y técnica. Con Lacan traemos la tensión sobre la relación del psicoanalista con el saber, que no es la de un especialista, al mismo tiempo que es por la reivindicación de ese lugar que la institución lo reconoce. El predominio del discurso médico en el equipo reserva un lugar al margen como lo presenta Lacan (1966/2001), pero un lugar que puede operar a partir de lo recogido como relato y experiencia de un tratamiento oncológico. En medio de los protocolos, el acto analítico apuesta por hacer surgir el sujeto. A partir de fragmentos clínicos, interrogamos cuáles fueron los efectos de la presencia del analista. ¿Qué atestigua su presencia en el equipo? Los casos clínicos demuestran que la presencia del psicoanalista no confería conocimientos adicionales, sino que, por el contrario, debido a la opacidad de su saber, podía operar girando los discursos dominantes en el escenario médico. Si el acto médico apunta al tratamiento y cura dirigida al cuerpo en su dimensión biológica, el acto analítico tiene el valor de una intervención significativa, ahí es donde se puede atestiguar, simultáneamente, los efectos en el tratamiento y la presencia del analista, y donde puede darse la transmisión del psicoanálisis.

Palabras-clave: Psicoanálisis. Hospital. Práctica institucional. Discurso. Acto analítico.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escala Visual Analógica	33
Figura 2 – Lição de Charcot	42
Figura 3 – Saber e a verdade nos três registros	80
Figura 4 – Relação entre saber e verdade	83
Figura 5 – Grupo de Klein	116
Figura 6 – Alienação e Verdade	116
Figura 7 – Alienação, Verdade e Transferência	118
Figura 8 – Efeito da Transferência	120
Figura 9 – Castração.....	121
Figura 10 – O percurso de uma análise	122

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	SOBRE A PSICANÁLISE NO HOSPITAL: PARA ALÉM DO ATO MÉDICO	26
1.1	Psicólogo ou Psicanalista? O profissional Psi no Hospital	32
1.2	Psicanálise e Medicina	40
1.2.1	Algumas considerações sobre o corpo em psicanálise.....	46
1.3	De que (m) se trata no hospital: o sintoma entre medicina e psicanálise	50
1.4	Psicanálise: uma psico-terapia?	55
2	O PSICANALISTA NA EQUIPE MULTI: UM SABER A MAIS?	63
2.1	O lugar do psicanalista no trabalho multi-disciplinar	63
2.1.1	Algumas considerações sobre a relação entre psicanálise e ciência em Freud.....	68
2.1.2	Lacan, a ciência, e o saber.....	73
2.1.3	Falamos (n)o mesmo discurso?.....	82
2.2	Do mestre ao analista: a singularidade da prática analítica no hospital	87
2.3	Efeitos da prática analítica no hospital: entre a eficácia e a ética	95
3	HÁ ATO ANALÍTICO NO HOSPITAL?	100
3.1	O ato subversivo da psicanálise	101
3.2	Ser ou não ser analista no hospital: eis a questão	110
3.2.1	Algumas contribuições do grupo de Klein sobre o dispositivo analítico.....	112
3.2.2	“O que é ser psicanalista” ·... no hospital, enfim?.....	124
3.2.3	Do reconhecimento à autorização: uma questão para o analista no hospital.	127
	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS: O ATO ANALÍTICO E SEUS EFEITOS DE TRANSMISSÃO	134
	REFERÊNCIAS	146

INTRODUÇÃO

Essa tese de doutorado é fruto do trabalho, e dos efeitos desse trabalho, como psicóloga de um hospital no Instituto Nacional de Câncer (INCA), e tem como fio condutor a clínica psicanalítica com pacientes em tratamento de algum tipo de câncer, mas principalmente o câncer hematológico, em diferentes fases do tratamento oncológico. Para isso foi submetido e aprovado nos Comitês de Ética de ambas as instituições: na UERJ em 18/02/2019, sob o número 03759818.5.0000.5282; e no INCA em 03/04/2019, sob o número 03759818.5.3001.5274.

O INCA tem, em sua missão institucional, ações voltadas para a assistência, o ensino e a pesquisa, conferindo-lhe uma complexidade que terá desdobramentos nas questões que serão desenvolvidas ao longo desta escrita. Por isso, cabe aqui apresentar uma breve descrição do nosso campo de pesquisa e atuação.

No que concerne à assistência, a instituição está organizada em cinco unidades hospitalares, a partir do tipo de câncer e do tratamento que será realizado. Essas unidades são denominadas como: Hospital do Câncer I (HCI), com onze clínicas oncológicas; Hospital do Câncer II (HCII), responsável pelo tratamento de câncer ginecológico e tecido ósseo-conectivo; Hospital do Câncer III (HCIII), para tratamento de câncer de mama; Hospital do Câncer IV (HCIV), destinado aos cuidados paliativos exclusivos; e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), responsável pelo transplante de medula e pelos registros de doadores (REDOME) e receptores (REREME) de medula óssea no país. Este trabalho diz respeito à experiência como psicóloga do Hospital do Câncer I, que possui cerca de duzentos leitos distribuídos por diferentes clínicas: urologia, cirurgia plástica, cirurgia de abdômen, cabeça e pescoço, neurocirurgia, tórax, endocrinologia, hematologia adulto, hematologia infantil, oncopediatria, oncologia clínica de adultos. Nessa unidade, com tamanha complexidade, a psicologia está organizada de maneira a ter um psicólogo de referência para cada clínica, com a proposta de acompanhar o paciente ao longo de seu tratamento.

O trabalho da psicologia no âmbito da assistência está dividido entre enfermaria e ambulatório. Certamente, cada um desses lugares traz questões muito específicas. Na enfermaria, nem sempre é o paciente que demanda a nossa presença. O acolhimento, a avaliação psicológica, e o atendimento inicial ao paciente no momento de sua internação, fazem parte da rotina da equipe, configurando um procedimento de rotina da instituição. Por outro lado, é muito comum a demanda vir da equipe, geralmente por questões que dizem

respeito a alguns procedimentos no momento de internação. Já no ambulatório, essa demanda vem, em sua maioria, pelo próprio paciente que procura atendimento a partir das suas questões subjetivas, da vivência e experiência de ter passado pelo tratamento oncológico, ou como escutamos: “*é o momento em que cai a ficha*”¹. Um trabalho de escuta que não se restringe ao câncer, aliás, é da vida que esses pacientes vêm falar. Uma oferta de escuta que se constitui pela presença do psicólogo, aqui de orientação psicanalítica, a partir do que pensamos haver uma possibilidade de trabalho.

No campo do ensino, o psicólogo desenvolve ações de preceptoria, supervisão, orientação e docência, através de conteúdos que abordam o trabalho do psicólogo no hospital, e no âmbito do SUS, organizados em módulos de ensino que integram o programa de formação em Residência Multiprofissional em Oncologia. Desse lugar, somos convocados a transmitir o que a experiência com os pacientes com câncer ensina.

Trabalhar em uma instituição que se propõe a ser referência na formação e na produção de tecnologia na área oncológica, não é sem implicações para quem está nesse trabalho a partir da psicanálise. Ali encontramos o hospital, tal como é descrito por Foucault (1994), lugar da disciplina, de controle sobre as práticas, lugar dos diagnósticos e protocolos, e de (re) produção de múltiplos saberes. Ali encontramos a medicina com o peso que a cientificidade lhe atribui. Porém, ainda que o hospital seja um lugar por excelência de tratamento das doenças orgânicas – e nesse caso trata-se de uma doença como o câncer – não se pode desconsiderar que a doença, e as diferentes intervenções de tratamento, incidem sobre um sujeito com seu corpo e sua imagem, para além do organismo. Corpo que comporta as marcas e insígnias que permitem que cada sujeito se identifique e se singularize.

A experiência nessa clínica com pacientes oncológicos teve início há onze anos através de concurso público. Naquele momento, vínhamos de outro campo na área da saúde, a saúde mental, com longa trajetória em diferentes dispositivos: hospital psiquiátrico, residências terapêuticas, Caps, ambulatório, nos quais deparávamo-nos com o sofrimento psíquico de pacientes procedentes de longa institucionalização psiquiátrica. Pode parecer estranho dizer “outro campo”, como um campo separado dos demais, porém não foi sem consequências o ar de estranheza ao iniciar esse trabalho dentro de um novo hospital. No campo da ciência, sabemos que os recortes demarcam lugares distintos, de forma que o que aprendera previamente na saúde mental parecia estranho nesse novo lugar.

¹ Todas as falas citadas neste trabalho serão destacadas entre aspas e itálico, e terão seus nomes verdadeiros preservados, apenas identificados por iniciais, quando for o caso, a fim de manter o sigilo.

Chegávamos com a experiência em hospital psiquiátrico, coisa bem diferente de um hospital clínico. Deparávamo-nos com o uso de jaleco, um crachá de identificação e as inúmeras normas de uma CCIH². O que nos fez descobrir um lugar possível neste trabalho, estrangeiro no primeiro momento, foi justamente pensar que não se tratava de coisas tão diferentes, continuávamos trabalhando com a saúde mental. Estávamos ali para tratar do sofrimento. Recordamo-nos de algumas cenas vivenciadas nesse novo lugar, das quais destaco três, as quais servirão de ponto de partida das questões que impulsionaram esta tese.

Chamaremos a primeira de “psicologia oncológica”. Ainda nas primeiras semanas da nossa chegada, e naquele momento estávamos chegando através de concurso público para substituir os psicólogos temporários, a idéia era acompanhar a psicóloga que lá estava em sua rotina. Naquele dia ela acabara de receber um novo paciente na enfermaria, que estava acompanhado pela mãe, assustada e cheia de dúvidas naquele momento. Observávamos a psicóloga explicar com detalhes sobre a doença, o tratamento, as chances prognósticas, os possíveis efeitos colaterais, a “montanha-russa do tratamento”, enumerando algumas reações emocionais do paciente frente a tudo isso. Indagávamo-nos: “será que teremos que saber tudo isso sobre o câncer, para atender o paciente?”.

Vamos à segunda cena, “meu primeiro contato com a morte”. Preparados para mais um dia de rotina de enfermaria, dirigíamo-nos a um leito onde se encontrava uma paciente há algum tempo internada, jovem, de outro município, por isso permanecia o tempo todo acompanhada pela mãe. Naquele dia a mãe havia ido para casa, pois precisava trocar de roupas. Encontramos a paciente sozinha, em uma enfermaria de quatro leitos, um pouco inquieta, não desejando falar naquele momento, apenas dizendo “*eu não quero ficar sozinha*”, dizíamos que entendíamos, que sua mãe havia ido para casa, mas que logo estaria de volta. De repente a paciente ia ficando mais inquieta, e com uma espécie de aflição. O enfermeiro que estava ao lado realizando algum procedimento sai às pressas e retorna com um biombo e com o médico, sinalizando para que nos retirássemos, só dando tempo de perceber que algo muito grave estava acontecendo ali. Rapidamente saímos e, em alguns minutos, o médico também retornava e comunicava o óbito da paciente. Sem palavras, e tomados por grande angústia, escolhíamos descer os andares do hospital e respirar um pouco. Ali começava a aprender alguns códigos sobre a morte, o biombo era um deles, que trazia a seguinte indagação: “o que eu tenho para fazer em um hospital de câncer se diante da morte não há o que fazer?”.

²Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A terceira cena chamaremos de “tem um psicólogo na mesa redonda”. Passaram-se seis meses até que um médico da equipe notasse a presença do psicólogo no mesmo ambiente da enfermaria. Ainda que lado a lado, muitas vezes o “formulário de parecer” era a única forma de se comunicar. Havia uma reunião de mesa redonda toda segunda-feira, era de fato uma mesa oval, ao redor da qual ficavam distribuídos os médicos *staffs* e residentes, e a chefe da clínica. Havia assistentes sociais e psicólogos, mas não havia espaço ao redor da mesa, de modo que estes ficavam um pouco atrás. Não era só espaço físico que não havia, era também espaço para falar. Até que um dia houve um caso extremamente desafiador, uma jovem paciente, que não respondia a nenhum tratamento, e a mãe ali ao lado, porque não podia ir embora, não tinha para onde ir (moravam em município muito distante). A menina não sairia daquela internação, era preciso falar com a mãe. Mas como dizer isso para uma mãe? Essa foi a brecha para que a médica se dirigisse à psicóloga, “você poderia ajudar a gente a falar com essa mãe?”.

Três cenas reais que irão se desdobrar ao longo dessa tese nos capítulos que se seguem. Nestes pretendemos abordar o lugar do psicólogo na equipe e no hospital; a prática da psicanálise como distinta das demais terapêuticas; e finalmente o que se transmite com a presença do psicanalista em uma equipe.

Fazer parte de uma equipe multidisciplinar para tratar do paciente oncológico vem, ao longo desses anos, nos fazendo indagar acerca do estatuto do sujeito nesse tratamento e de que maneira a psicanálise, como método de tratamento, pode contribuir. Em um primeiro momento, a questão endereçada ao Mestrado³ desse mesmo Programa de Pós-Graduação, permitiu-nos pesquisar acerca da subjetividade no tratamento de uma doença que visa, sobretudo, ao corpo. Através do que podíamos escutar dos pacientes, chegávamos à conclusão de que o corpo era, ao mesmo tempo, objeto de intervenção dos procedimentos médicos e cenário de uma história contada por cada paciente, corpo que falava das identificações de cada sujeito. Havia um desencontro entre os dois discursos.

Nessa clínica com pacientes oncológicos em uma unidade de tratamento superespecializada, deparamo-nos com questões que nos levaram a interrogar que “lugar” dar à psicanálise no tratamento, em meio a outros tratamentos que ostentam a marca de sua cientificidade. Como atestar que as saídas encontradas pelos pacientes eram efeitos do que se operava entre a palavra do sujeito e a escuta do analista? Há analista no hospital? Fui remetida

³Dissertação defendida em 2016, no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ, sob o título *A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico: uma visão da psicanálise*.

às mesmas indagações de Freud ao se deparar com tais questões no campo da medicina, ou seja, qual o valor de escutar o paciente quando ele está imerso a uma série de urgências e tratamento? Como dar provas da cientificidade da prática psicanalítica como resposta a algumas distorções e desconhecimento acerca do trabalho do psicanalista no hospital? Como certa vez ouvimos de um médico que o trabalho que fazemos é “papoterapia”. Advertidos de que na instituição não se trata de uma disputa por quem sabe mais sobre o paciente, seguimos em frente interrogando os efeitos da presença do psicanalista ali, no trabalho em equipe, e nos atravessamentos de se estar em uma instituição, que exige cada vez mais uma *expertise*, um *savoir-faire*. Tal questão foi o que nos conduziu na atual pesquisa e estudo, agora no Doutorado.

Nessa tese, partimos da premissa de que a presença do psicanalista na equipe tem efeitos para o paciente que, do ponto de vista da medicina, acaba se traduzindo como terapêuticos na medida em que “faz andar” algo do tratamento, por modificar a posição do sujeito, o que tomaremos no âmbito do ato analítico. É importante dizer que não estamos falando da cura do câncer, mas de certo saber-fazer com o sofrimento, um fazer de pura palavra (LACAN, 1967-1968, inédito) que, em última instância, pode ter efeitos para o sujeito. A partir dos efeitos no tratamento é que poderemos verificar que o que se operou ali diz respeito ao ato analítico, que atesta não só os efeitos de um antes e depois para o paciente, mas também que pode atestar que ali houve um analista. Nesse sentido, no campo onde predomina o ato médico, verificamos, através dos casos, o ato que faz aparecer o sujeito do inconsciente, o ato analítico.

A questão que se coloca é: o que é o ato analítico no hospital? Essa indagação é fruto do que se pode escutar de cada paciente em tratamento, na relação transferencial com o psicanalista que aí está, quando está, e que, muitas vezes, aponta para o que a palavra do médico não consegue diagnosticar. Falas como: “*o médico me diz que não tenho nada, que meus exames estão ótimos, mas continuo sentindo dor*”. Ou ainda quando escutamos de uma médica da clínica da dor: “*eu não entendo, eu trato as minhas pacientes com o que há de mais avançado, elas melhoram, mas continuam querendo morrer porque sentem dor*”. O que escutamos parece apontar para o que falha no saber médico para tratar da “dor” e da queixa do paciente.

Trazemos como hipótese, que ainda que o psicanalista esteja inserido, e dentro de uma equipe multidisciplinar, sua posição deve ser sustentada em uma extimidade para que o ato analítico opere. Este, só poderá ser verificado no *a posteriori*, não no *a priori* do lugar de saber instituído pela instituição médica. O ato analítico, na medida em que coloca o sujeito na

posição de quem pode produzir um saber sobre essa experiência, diante do real da doença, é o que poderá atestar, ao mesmo tempo, os efeitos para o sujeito e a presença do discurso do analista na cena hospitalar.

Nossa aposta é que o ato analítico opera uma torção do sintoma médico, permitindo ao sujeito tratar de outro sintoma, aquele que pode ser escutado pelo psicanalista, o sintoma analítico. O que escutamos, portanto, e que produz alguma diferença na vida do sujeito é de outra ordem, dá ao sintoma outro estatuto.

Como pretendemos apresentar ao longo desta escrita, a instituição é marcada pela excelência de um saber específico, o que a coloca como referência, a partir desse lugar de saber, também para outras instituições. Mas não só. Ela também assume esse lugar para os pacientes que desejam realizar o tratamento, uma vez que se trata do lugar que “*melhor sabe tratar do câncer*”, lugar de “*especialistas*”, fazendo com que depositem ali todas as suas expectativas de cura.

No primeiro capítulo, que intitulamos *Sobre a psicanálise no Hospital para além do ato médico*, trazemos a contextualização do cenário onde se insere essa prática, o hospital. Não se trata apenas de definir o que é um hospital, mas sim apontar para algumas questões que atravessam o trabalho do psicanalista nesse campo. Como dito acima, estamos em uma instituição de referência no tratamento do câncer, referência no campo da assistência e das políticas de saúde, o que confere ainda, como centro de formação, o título de “*especialistas*” aos profissionais que ali se formam. Portanto, não é sem questões para o psicanalista estar, e ser demandado, desse lugar de “*especialista*” ou de quem porta um “*saber especializado*”.

Desde os primórdios de seu nascimento, o hospital é um lugar fortemente marcado pelos protocolos, pelo tempo dos procedimentos e pela urgência médica. À guisa de introdução, situamos, nesse primeiro capítulo, a medicina em relação à prática e ao saber que surgem do hospital. Como Foucault (1994, p.77) apresenta,

Trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio onde a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo; tanto para um quanto para o outro, só existe uma linguagem: o hospital, onde a série dos doentes examinados é em si mesma escola.

Isso não é sem importância, pois também é a partir disso que situamos, em meio às práticas médicas, a invenção de uma nova prática, de um novo método de tratamento com Freud, e a subversão por ele representada.

No cenário em que predomina o saber médico, vigora a “*medicina baseada em evidências*”, interessada em produzir e coletar resultados que possam ser mensuráveis e

reproduzidos, que tenham uma validade que se aplique a todos. Todavia, não há protocolo que possa reger o tratamento psicanalítico, e a única enunciação freudiana que tem o valor de regra fundamental é a associação livre. Éric Laurent (2006) lembra que um dos princípios do ato analítico é o de não poder ser reduzido a um protocolo técnico, apontando para a originalidade do cenário da psicanálise no qual se manifesta a singularidade de cada um. Entretanto, dizer que a prática analítica não está pautada por protocolos não equivale a dizer que ela dispense bases rígidas. Enquanto psicanalistas no hospital é preciso dar provas de sua eficácia e operatividade.

É neste campo onde predomina o saber médico, que funciona na lógica da universalização promovida pelo discurso científico, que nos situamos como psicanalistas, na tentativa de produzir uma brecha. A psicanálise se ocupa não do indivíduo, onde a diferença parece estar foracluída, lugar da não divisão, mas sim do sujeito, que faz furo à ideia do “para todos”. É no particular da experiência subjetiva que o psicanalista está interessado e, tal como Miller (2016) aponta, a subjetividade implica pôr em relevo a negativa do indivíduo.

Partimos então do saber médico, saber que visa à remissão dos sintomas, para interrogar a possibilidade de introduzir aí um dispositivo calcado no discurso psicanalítico. É ao contexto da medicina, diante do sintoma que não cede aos procedimentos médicos, que buscaremos relacionar a emergência da psicanálise com Freud. Buscamos na obra freudiana as referências sobre o que é sintoma, apontando para o importante corte existente entre o que é visado pela medicina, a doença; e o que a psicanálise toma como objeto de tratamento, o sujeito do inconsciente.

Há que se considerar a diferença radical entre o sintoma médico e o sintoma para a psicanálise. Se para a medicina o sintoma existe para ser eliminado, pois a presença de um sintoma aponta para um quadro de doença ou de mau funcionamento do organismo, o que demanda uma intervenção que o faça retornar a um estado anterior de saúde, para a psicanálise ele é estrutural, é com o seu sintoma que o sujeito está na vida, e isso o distingue dos demais, pois aponta para uma forma singular de organização subjetiva. Ainda que possam ser tratados pela medicina da mesma maneira que outros, com os mesmos protocolos, tal como o que é evidenciado pelos *guidelines* partilhados pela comunidade científica, o que os pacientes relatam acerca da vivência de um tratamento de câncer é absolutamente particular e escapa aos protocolos. A questão que se coloca é sobre o que escapa aos protocolos, e que não pode ser respondido pelo saber médico.

A psicanálise, que nasce com o tratamento da histeria, nos apresenta uma clínica do sujeito através da palavra, e deixa como seu maior legado uma forma de tratamento que tem

no saber inconsciente, e não em um saber prévio, a peça fundamental. O que a clínica da histeria inaugurou é o tratamento do sintoma pela palavra, que, por Anna O⁴, foi comparado à “limpeza da chaminé”, a *talking cure*. É no valor da palavra, a partir da presença do psicanalista, que localizamos o fio que tece os capítulos dessa tese.

Entretanto, dizer que a palavra tem valor central no tratamento, não exclui o corpo e, por isso, consideramos importante destacar que esse tratamento, o tratamento psicanalítico, não é sem o corpo, ainda que este seja tomado em outra dimensão. Dessa forma, trazemos algumas breves referências em Freud e Lacan sobre a constituição do corpo, cuja unidade não está dada desde o início, e tampouco se reduz ao orgânico.

O corpo apresenta-se como esse território fronteiro entre o saber médico e o saber da psicanálise, ao qual só temos acesso ao escutar dos pacientes: “*os médicos e as pessoas dizem que estou ótima, que nem pareço que tive câncer, mas esta não sou eu, eu me olho no espelho e não me reconheço mais*”. Ou ainda nos casos em que uma parte do corpo é reconstituída, como, por exemplo, uma cirurgia de mastectomia, procedimento de retirada total ou parcial da mama, muito comum no tratamento do câncer de mama. A mama reconstituída, ainda que perfeita do ponto de vista estético, pode ser vista, e vivida pelo sujeito, como estranha ao seu corpo. Aquele pedaço de tecido reconstruído não é o seu peito, objeto revestido por diferentes significados ao longo de sua história: o peito que alimenta, o peito da sexualidade, da feminilidade, entre outros.

Do ponto de vista da medicina, uma cirurgia para retirada de um tumor maligno localizado em determinada parte do corpo, e a reconstrução desta com enxerto de outra parte, pode ser considerada um “sucesso”. No entanto, o que será que faz com que não seja assim para alguém que vivencia, em seu corpo, essa experiência? O que pode ser escutado quando uma parte da barriga é colocada agora em seu rosto? “*Tenho uma barriga no rosto*”. O corpo é mais do que um pedaço de carne. Verificamos que o corpo imaginário, sede da identidade de cada sujeito, não se reconstitui pela cirurgia. Experiências e relatos de cada paciente em tratamento de câncer, tal como pretendemos mostrar em nosso trabalho, nos dão provas de que a questão do sujeito está ali em jogo. Nesse sentido, não há coincidência entre o corpo tratado pela medicina e o corpo vivido e habitado pelo sujeito. Isso permite constatar que a presença do psicanalista na cena hospitalar inaugura a possibilidade de um giro, na medida em que há algo que não pode ser atestado pelo saber médico.

Ainda no primeiro capítulo, apontamos a intenção de Freud em sustentar um método

⁴ Paciente de Breuer e Freud, que ficou conhecida pela expressão *talking cure* para descrever o método do tratamento analítico, naquele momento utilizando-se do método catártico (FREUD, 1910/1992).

de tratamento científico e rigoroso. Trazemos alguns artigos sobre a técnica onde podemos constatar essa preocupação de Freud, colocando a psicanálise como um método eficaz de tratamento e, portanto, tendo seu lugar entre as ciências (FREUD, 1890/2019, 1913a/1991, 1913b [1911] /1991). Falar da técnica tem sua justificativa e importância no recorte dessa tese, por propomos a verificação de uma prática rigorosa em meio a tantas outras.

Tomamos ainda como eixo do diálogo entre psicanálise e medicina, além da obra freudiana, a contribuição de Lacan, através do texto produzido em uma conferência em 1966, debate do qual participaram médicos, no *Collège de Médecine de La Salpêtrière*; sobretudo no que se refere ao mandato médico, conforme reproduzo a seguir:

O mundo científico deposita em suas mãos o mundo infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque à prova. Onde está o limite em que o médico deve agir e a que deve responder? Algo que se chama demanda? (LACAN, 1996/2001, p.10)

Como Lacan aponta nessa conferência, há uma fissura entre esses dois modos de abordar o corpo, o da medicina e o da psicanálise. Essa fissura, nomeada de “falha epistemo somática”, pode ser associada à distinção entre a demanda e o desejo, já que o que se supõe ser atendido pela medicina é a resposta à demanda do doente, deixando de fora o gozo do corpo. O que Lacan (1959-1960/1997) aponta é que o sujeito do inconsciente é movido por outra ética, que não é a da terapêutica, que encontramos presente na medicina e também em várias formas de terapias psicológicas, a ética de restituir o bem ao paciente ou de adaptá-lo a uma realidade. A ética na qual Lacan insiste em seu ensino é aquela que inclui a dimensão do real, de que não se pode escapar.

No final do primeiro capítulo vamos deslocando-nos do debate com a medicina e nos aproximando mais do específico da prática psicanalítica, e para isso buscamos algumas referências nas quais são abordadas as diferenças entre a psicanálise e as psicoterapias. Sabemos que o psicanalista está hoje em vários contextos, o que nos leva a interrogar sobre a prática da psicanálise nesses diferentes espaços. Lacan (1964/2003), no *Ato de Fundação* de sua Escola, propôs o exercício da psicanálise em três seções – psicanálise pura, psicanálise aplicada, e recenseamento do campo freudiano – apontando para a especificidade e a ética das diferentes práticas do psicanalista da Escola.

Por psicanálise pura, ele referia-se à *práxis* e à doutrina da psicanálise propriamente dita, que inclui aí a formação do analista, tendo como princípio não ser uma técnica terapêutica. Como psicanálise aplicada, ele indica que:

Nela estarão grupos médicos, sejam eles ou não compostos de sujeitos psicanalisados, desde que estejam em condições de contribuir para a experiência psicanalítica, pela crítica de suas indicações em seus resultados; pela experimentação dos termos categóricos e das estruturas que introduzi como sustentando a linha direta da práxis freudiana (LACAN, 1964/2003, p.237).

Na via em que Lacan sustenta a vertente da psicanálise, torna-se importante interrogarmos a prática do psicanalista na instituição médica, bem como seus efeitos, seja para o sujeito em tratamento, seja para a equipe na qual o praticante está inserido. Ansermet (2014, p.4) lembra ainda que a prática da psicanálise nas fronteiras da medicina faz agrimensurar o campo da clínica do real, e acrescenta:

Trabalhar como psicanalista no campo da medicina implica em admitir passar pelo mal-entendido, evitar contorná-lo, recobri-lo, apagá-lo, acumulá-lo com um saber a mais: resta calcular o paradoxo que consiste em ordenar uma prática a partir do reconhecimento do mal-entendido que a funda.

Interessa-nos aqui pensar, então, a partir dos efeitos da presença do analista na cena hospitalar, a especificidade de seu ato. A presença do psicanalista na condição de membro, enquanto psicólogo, de equipes multiprofissionais recoloca a questão de seu lugar êtimo, no qual, ainda que dentro de uma equipe, é em outro discurso que se apoia; não o lugar de quem sabe *a priori*. Nossa aposta é a de que a partir dessa posição de dentro-fora, na hiância aberta entre os discursos, o ato analítico possa ter lugar.

Para exemplificar, trazemos a passagem de uma cena no hospital. Trata-se da solicitação de uma médica diante da dúvida quanto ao lugar em que seria oferecido para uma paciente transexual no momento de internação. Na linguagem dos protocolos só há duas opções: quarto masculino e quarto feminino. A instituição parece não se equivocar: “*se o nome é masculino, e assim está identificado no prontuário, então ficará no quarto masculino*”. Mas a médica, dividida pela dúvida, e pelo que contrastava com o nome masculino, resolve pedir ajuda à psicóloga da equipe para decidir junto à enfermagem o impasse que se colocava. A pergunta que a psicóloga fazia, de partida, era “*como saber disso sem falar com o paciente?*”. Como é possível saber sem que isso seja enunciado pelo próprio sujeito? Tais indagações apontam para o que pode um psicanalista em uma unidade médica, cuja urgência principal é atender a demanda de um corpo doente, a partir do modo de funcionamento da instituição. Em meio a tantas urgências, como dar lugar à subjetividade de cada paciente? Lado a lado com o saber médico, como psicanalistas, nos colocamos em uma posição que é a de demonstrar que há um saber que não se sabe.

Segundo Lacan (1966/2001), a psicanálise ocupa um lugar à margem da medicina, pois aponta para algo que não se pode acessar pelo discurso do mestre, no qual há um significante que nomeia, classifica e diagnostica. Miller (1998, p.97) apresenta também que um médico “é aquele que quer que a coisa funcione, que a coisa ande bem em termos do indivíduo que se lhe apresenta”. Na psicanálise se trata de outra coisa, do que está para além da demanda (onde poderiam ser situadas as psicoterapias). Lacan (1960/1998, p.828) afirma que “o desejo se esboça na margem em que a demanda se rasga da necessidade”, apontando aí para uma falha, um resto, algo que fica fora e não pode ser satisfeito. É nesse corte que se distingue a pulsão. Ao permitir que o paciente fale, o sujeito do inconsciente pode aparecer. Portanto, é no limite do discurso da medicina que a psicanálise pode operar, pois “se ocupa do impossível de suportar a partir das formas que ele toma no dizer” (MALENGRAU, 1995, p.87).

O que pretendemos apontar é que, diante do mesmo paciente, temos posições discursivas diferentes ou, se podemos dizer, duas formas distintas de fazer laço com o sujeito, sempre singular. De um lado a medicina, mirando um saber que explique o real; do outro a psicanálise, com seu não saber. Enquanto o discurso da cientificidade aponta ao “para todos”, a psicanálise trata do que se produz como enigma para cada sujeito, e de onde se pode recolher um efeito de verdade a partir da marca significante “ter um câncer”.

Como apresentado inicialmente, é importante considerar que o contexto da experiência em que propomos apoiar tais indagações é o de um lugar de ensino e pesquisa, e por isso está fortemente marcado pelo “saber”, ou mais propriamente pelo “saber especializado”. Embora conte com a multidisciplinaridade na assistência, ainda assim possui uma forte marca do discurso médico hospitalocêntrico. Ali convivem também diferentes práticas psicológicas, onde algumas se apresentam com algum instrumento para tentar responder às demandas médicas (como mensurar/reduzir o nível de ansiedade do paciente, ou quantificar a perda/ganhos cognitivos após alguma cirurgia etc.). Então, não seria esse um paradoxo para a psicanálise, isto é, como sustentar seu lugar esvaziado de saber, para dar lugar ao sujeito do inconsciente, em um contexto justamente que demanda o saber? Com relação a isso propomos, no segundo capítulo, que nomeamos *O psicanalista na equipe multi: um saber a mais?* trabalhar os conceitos de saber e discurso, tão importantes e relevantes para a prática hospitalar. Utilizaremos alguns textos de Lacan que abordam o tema, entre eles: *Seminários De um Outro ao outro* (1968-1969/2008) e *O avesso da psicanálise* (1969-1970/1992), à luz do Seminário sobre *O ato psicanalítico* (1967-1968, inédito).

Esse capítulo se inicia com a interrogação sobre o psicanalista na equipe deter ou não

um saber a mais, indagação que nomeia o capítulo. Do que se trata ao afirmarmos que há um psicanalista na equipe multiprofissional, a partir das definições que temos comumente de que a equipe é uma soma de saberes, ou que nesta visa-se o indivíduo em sua integralidade? De partida, nos deparamos com duas palavras que são caras à psicanálise: saber e integralidade. É do lugar do saber que nos apresentamos? O que significa quando ouvimos que o trabalho em equipe possibilita um mesmo discurso sobre o paciente? A partir dessas indagações, interessamos pesquisar os conceitos de saber e discurso para a psicanálise.

Se partirmos da ideia de equipe como soma de saberes, que visa a atingir ao “todo”, ou à integralidade do indivíduo, deparamo-nos com certo ideal do que a instituição pode oferecer ao paciente, com a ideia de dar conta de “tudo”. Parece-nos que o psicanalista vem deflagrar um impossível aí, pois algo sempre escapará. Pretendemos apontar, através de alguns fragmentos clínicos, o quão relevante é a presença do psicanalista nesse sentido. Talvez aquele que suporta a impossibilidade de um saber que venha responder ao vazio de cada sujeito. Para isso, trazemos a discussão em torno desses dois conceitos, termos comuns ao se falar do trabalho em equipe no hospital. É outro saber? Outro discurso? É um saber que se soma aos demais?

Diante das urgências do corpo (com baixa imunidade, dores, buracos, fístulas, sondas, drenos, ostomias...), cada profissional que se apresenta vem com seu arsenal de conhecimentos e instrumentos para responder às demandas: o nutricionista, para adequar a alimentação ao estado do paciente; a fonoaudióloga, para reabilitar o paciente que tem urgência em voltar a falar, ou deglutir, após a traqueostomia; o médico que pode prescrever uma medicação que alivie a dor; a enfermagem que pode administrar essa medicação. E o psicanalista? Fazer parte da equipe multidisciplinar pode ter duas funções: a primeira delas é estar ali com sua escuta específica para fazer uma diferença que faz “andar” o tratamento e, nesse sentido, o profissional tem ali uma função de apoio ao tratamento, além de outras funções que possa acumular na transmissão do que se faz (como supervisão, ensino); e uma segunda, que é onde situamos a clínica psicanalítica propriamente dita, qual seja, a de recolher os efeitos do tratamento sobre cada sujeito, no caso a caso, com a sua singularidade.

Essa tese pretende demonstrar que a operação discursiva instaurada pela psicanálise marca uma posição ética e política, porque resiste às exigências de um ato em equivalência ao ato médico, evitando que o sujeito sucumba em meio a tantos protocolos. Tal como apresenta Veras (2016, p.20),

Na conversação multidisciplinar, a psicanálise se destaca por explicitar essa

diferença, não como um discurso de exceção, e sim como um discurso que recolhe as exceções, ou seja, os fragmentos de ditos que não fornecem sentido algum aos dispositivos coletivos, mas representam o que o sujeito tem de mais íntimo.

Segundo Lacan (1969-1970/1992, p.9), é o discurso do analista “que faz girar os discursos, sendo o avesso do discurso dominante, no sentido de que o discurso dominante, o do mestre, é o lugar em que se demonstra a torção própria do discurso da psicanálise”. Ao propor a estrutura dos discursos, o que se opera é um resgate da posição do analista, da psicanálise enquanto discurso e ato, e não como ambiente ou *setting* (JORGE, 2017), sendo através desse discurso que “o sujeito se manifesta em sua hiância, ou seja, naquilo que causa o seu desejo” (LACAN, 1972/1985, p.20).

O espaço hospitalar convoca, de certa forma, ao diálogo entre diferentes saberes, ou, ainda, entre diferentes maneiras de tratar o sujeito, e Ansermet (2014) aponta para a necessidade de a psicanálise conversar com os campos conexos e, nessa aproximação, poder reafirmar uma clínica do sujeito. Como afirma Alberti (2019), o exercício da psicanálise com a medicina implica em certa inventividade. Essa é, também segundo Moretto (2019, p.22), a especificidade do trabalho do psicanalista na instituição de saúde, isto é, “que ele se faz por meio da articulação simultânea das duas vertentes, ou seja, o exercício da clínica na instituição não está dissociado de sua interlocução com os demais campos de saber”.

Pretende-se ao final desse capítulo retornar ao que o título interroga na tentativa de tentar demonstrar que “esse saber a mais”, que poderia fazer consistir a presença do psicanalista, é antes um saber opaco, sustentado pelo saber inconsciente que advém do discurso do analista.

Essa é então a passagem para o capítulo seguinte, no qual interrogamos *Há ato analítico no hospital?*, e também onde pretende-se abordar mais detidamente a questão do ato analítico, e o que se opera com a presença do analista, cujos efeitos recolhemos pela fala de alguns pacientes, não como um “retorno ao antes”, mas, ao contrário, como um depois que se distingue. Todavia, o ato analítico como aquele que opera e produz um analista, que advirá da posterioridade do ato. Para isso trabalharemos a partir do que Lacan (1967-1968) apresenta no Seminário sobre *O ato psicanalítico*⁵.

Logo na primeira aula desse Seminário, Lacan introduz o ato como algo relativo ao analisando e ao próprio psicanalista, algo que se passa no entre. Lacan joga com a polissemia da palavra *acte*, que serve tanto para ato, como para ata, como aquilo que autentica um fato. O ato analítico diz respeito ao tornar-se analista, e é na clínica que podemos atestar se houve

⁵ Como esse Seminário ainda não foi estabelecido, aqui estaremos utilizando a versão fornecida pela Escola Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (EBP-Seção Rio).

analista ali. Nesse sentido, a prática da psicanálise aplicada à terapêutica mantém relação intrínseca com a psicanálise pura, da qual advém um analista. Segundo Barros (2012, p.21), não há psicanálise aplicada sem a psicanálise pura, afirmando:

A prática psicanalítica institucional contribui na direção de corroborar que não há psicanálise aplicada sem psicanálise pura. Do lado do praticante, a aplicação da psicanálise interroga a formação, a transmissão e a autorização de seu ato. A ação do analista, sua intervenção, tem alguma chance de ser elevada à altura de um ato, do qual se pode julgar a eficácia graças a seus efeitos do discurso no real e o alcance obtido sobre o sofrimento do sujeito a partir do uso das palavras.

Os casos clínicos aqui apresentados comparecem para demonstrar que é na clínica, e somente nela, que se pode verificar se houve, ou não, analista, a partir do que foi possível operar de mudanças no sujeito. Dizer que o ato analítico é de ordem significativa significa pensar que é no *a posteriori* que tais efeitos poderão ser recolhidos, assim como em uma cadeia significativa o efeito de significado vem retroativamente. Nesse sentido o psicanalista não está lá antes (talvez ali esteja o psicólogo), prévio à transferência, pois é nela que o analista tem seu lugar. Cabe lembrar o que afirma Lacan (1967-1968, inédito, p.89): “O sujeito do ato analítico, nós sabemos que ele não pode saber nada do que se aprende na experiência analítica, exceto que aí se opera o que chamamos a transferência”.

A partir dos casos clínicos pensamos poder afirmar que o analista não está no hospital o tempo todo, que ele não se confunde com o cargo de psicólogo. O “ser psicanalista”, questão que inaugura o Seminário sobre o ato, é sempre uma questão inacabada. O analista será sempre uma contingência, pois é somente na verificação de um ato, o ato analítico, que se verifica a presença do analista. Nesse sentido poderíamos arriscar dizer que o ato analítico é o que institui ao mesmo tempo o analista e o sujeito do inconsciente. Não é da ordem de uma especialidade, de uma profissão que se soma às demais para constituir o “multi” da equipe multiprofissional e, por consequência, de uma formação universitária. É da ordem do tornar-se analista, a partir do que pode ser verificado junto àquele que escutamos.

O lugar para onde essa tese nos conduz ao final é propriamente a questão que concerne ao ser psicanalista, questão colocada por Lacan logo no início do Seminário *O ato psicanalítico*, seminário que começou um mês após a *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola*. Se por um lado a instituição centrada no “saber fazer” do tratamento nos garante um lugar de especialistas, o lugar de analista não será aí encontrado. Ainda que inseridos em práticas multidisciplinares, é na solidão do um a um que o analista está, e nesse sentido, voltamos à enunciação de Lacan ao dizer que o analista se autoriza por si próprio. Miller (2020, p.392) lembra que “a autorização analítica vem da anulação de

qualquer garantia que viria do Outro e, portanto, habita radicalmente fora do Outro”. Essa questão aponta para dois conceitos que tocam na noção do ser psicanalista e de sua prática na instituição: reconhecimento e autorização.

Somos assim levados, no pensamento de Lacan, a articular a questão do ato analítico com a questão do que é ser analista no hospital, termos que Lacan coloca em evidência no Seminário *O ato psicanalítico*. “O que é ser psicanalista” é para onde Lacan se dirige nesse Seminário, o que, de certa forma, aponta para o que visamos também com essa tese, isto é, o mais radical da solidão do analista no espaço institucional.

Por fim, nos aproximaremos de uma possível resposta sobre os efeitos da presença do psicanalista na equipe. Como responder ao que demanda a instituição como lugar de saber? Que saber pode ser transmitido a partir do ato analítico? Para isso, pretendemos recorrer ao que Miller (1990/2010, p.182) nos indica: “para induzir o trabalho é necessário que fique algo por fazer”⁶, um impasse, para dar lugar ao trabalho do outro. Há um trabalho que se transfere de um sujeito a outro. Esse trabalho que constitui o objeto de transferência, Lacan (1964/2003) nomeia como “transferência de trabalho”.

Se a experiência é algo “de que se teve recentemente ecos” como afirma Lacan (1967-1968, p.213), é com os ecos dessa experiência de ser psicanalista em um hospital, que apresentamos as questões dessa tese.

⁶No original: “*para inducir el trabajo es necesario que quede algo por hacer*” (MILLER, 1990/2010, p.182).

1 SOBRE A PSICANÁLISE NO HOSPITAL: PARA ALÉM DO ATO MÉDICO

Eu não poderia insistir demais com os psicanalistas para meditem sobre a especificidade da posição que vem ser a deles, a de dever ocupar um lugar totalmente diverso daquele mesmo onde são requisitados. Mesmo estando proibidos de agir, é na perspectiva do ato que eles têm que centrar sua meditação sobre sua função.

Lacan, 1967-1968

A questão da psicanálise em instituições de saúde, e, sobretudo no hospital, vem sendo objeto de pesquisa e estudo por diferentes autores e psicanalistas na abordagem de questões tais como: o que faz um analista no hospital, os limites e possibilidades da prática psicanalítica, o lugar do psicanalista em um dispositivo de saúde, entre outros (ALBERTI, 2019; BELAGA 2015; DARRIBA, 2019; DECAT, 2013, FIGUEIREDO, 1997; MORETTO, 2019). Tal interesse vem reafirmar a insistência do trabalho do psicanalista em instituição de saúde, e que nos faz indagar o que ser psicanalista no hospital nos coloca como questão.

Se por um lado é notória a vasta pesquisa nesse campo, e a presença maciça de psicanalistas em diferentes dispositivos de saúde, por outro verificamos que o que insiste é da ordem do *ser* psicanalista em instituição e não de uma aplicação de teoria na prática, o que toca a cada um, em sua escuta do sofrimento psíquico. Sofrimento psíquico é essa presença que valida, segundo Moretto (2019a), o lugar do psicanalista na instituição de saúde. Assim, o que temos podido verificar é a produção, no caso a caso, da clínica psicanalítica, que se reinaugura a cada novo paciente, a cada nova situação. Indagamos, então, sobre os efeitos da presença do psicanalista em uma equipe, no tratamento do paciente, bem como os efeitos sobre o próprio praticante da psicanálise nesse contexto.

Quando se coloca a clássica pergunta “é possível a psicanálise em hospital?”, a experiência, e a vasta bibliografia nesse campo, parecem apontar mais para a interrogação do lado do hospital, como uma instituição com suas normas e protocolos rígidos, do que para a psicanálise (BELAGA, 2002). Com isso, pretendemos reafirmar, a partir de Freud e Lacan, que se trata, sobretudo, mais de uma ética, do que de uma prática, ainda que seja importante considerar o contexto em que se está, atravessado por diferentes discursos. Cito Lacan (1959-1960/1997, p.9):

O que se reúne sob esse termo de ética da psicanálise permitir-nos-á, mais do que qualquer outro domínio, colocar à prova as categorias através das quais, naquilo que lhes ensino, acredito dar-lhes o instrumento mais apropriado para salientar que a obra de Freud e a experiência da psicanálise que dela decorre trazem-nos de novo.

Abordar a psicanálise no hospital significa, portanto, situá-la no campo da ética, pois “o caráter analítico de uma prática não é o lugar onde ela se realiza, mas é o lugar *de onde* o operador da Psicanálise faz ato” (MORETTO, 2019a, p.20, grifo nosso). A ênfase colocada na expressão *de onde*, faz atrelar a prática da psicanálise, inevitavelmente, ao desejo do analista, (BELAGA, 2002). Tal questão será retomada ao longo dessa tese. Por ora, tomamos emprestadas as palavras de Moretto para conferir um caminho que se pretende trilhar ao longo dessa escrita.

Pensar o que fazemos enquanto psicanalista no contexto hospitalar tem nos colocado várias questões que pretendemos desenvolver aqui. Nesse capítulo procuraremos trazer algumas referências que permitem localizar e sustentar a psicanálise no hospital, situando por um lado a psicanálise, no que ela traz em sua origem o fato de nascer também a partir do olhar médico dentro do hospital no tratamento de pacientes que sofriam de alguma doença dos nervos; mas também do próprio hospital enquanto lugar de tratamento, buscando trazer a discussão daquilo que tem se verificado nesse percurso enquanto psicanalista em um hospital de oncologia.

Abordar a psicanálise no hospital está para além de situar essa prática em um local físico, geográfico, mas implica antes analisar os significantes que situam o ato do psicanalista neste lugar. O que retorna, para aquele que está orientado pela psicanálise, o fato de situar-se em um cenário de práticas bastante reguladas pelas evidências científicas, pelas demandas por resultados rápidos, por produtividade e pela sustentação de um saber? Então iniciaremos por situar o lugar dessa *práxis*.

O hospital como instrumento terapêutico, lugar de tratamento e cura de doentes, só aparece no fim do século XVIII, pois até esse momento o que existiam eram espaços para acolhimentos e reclusão de doentes, pessoas de rua, com uma função apenas de abrigamento, sem relação com a prática médica. Segundo Foucault (1979), ele surge pela necessidade de se reformular os hospitais marítimos, que serviam como lugar de tráfico de mercadorias e especiarias, trazendo uma desordem econômica ao poder dos militares. Ao desembarcarem, os marinheiros se faziam de doentes e levavam mercadorias e objetos de tráfico, fazendo surgir então a necessidade de vigilância, controle e disciplina. É nesse cenário que o espaço do hospital começa a ser reorganizado, conferindo a esse lugar um novo campo de práticas

caracterizado pela necessidade de disciplinarização dos indivíduos, marcado pelo “exame e a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo” (FOUCAULT, 1979, p.107).

A disciplinarização desse espaço, através da distribuição e organização dos indivíduos colocados sob olhar dos profissionais, que assumem a responsabilidade e tarefa da vigilância e do registro contínuo de cada detalhe, dá origem a uma nova prática, a prática médica, uma prática hospitalar para tratar de doentes. Ter sua origem e suas raízes em um ambiente marcado por práticas e procedimentos prescritivos e de controle, não é sem consequências para a medicina. O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, aquele que se encarregará do tratamento das doenças. Dessa forma, o hospital dá origem ao saber médico com sua demanda por classificação e produção de uma tecnologia que devolva aos corpos doentes a sua eficácia de produtividade (FOUCAULT, 1979). O que desejamos apontar é que há uma especificidade colocada pelo fato de estarmos situados nesse contexto hospitalar, qual seja, a de um saber específico sobre aquele que sofre. Cabe examinar um pouco mais o contexto onde se dá nossa experiência em hospital.

Com a reforma sanitária no cenário das políticas públicas de saúde no Brasil, sobretudo no fim da década de 80, acompanhamos a constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) e, com ele, as condições, os princípios, e os fundamentos para uma adequada assistência em saúde. Organizados por níveis de complexidade, os serviços estão dispostos em uma rede, nem sempre clara e visível aos usuários. A ideia de rede pressupõe alguma amarração entre os diferentes pontos, ainda que permeadas por determinados vazios. Eugênio Villaça Mendes (2004) lembra que por muito tempo a saúde se sustentou em uma imagem de rede hierarquizada, em formato de pirâmide, onde na base estaria colocada a atenção primária, o que significava que idealmente o maior investimento público deveria se dar na prevenção e programas de tratamento das questões mais básicas de saúde; no centro da pirâmide, a atenção secundária, com os ambulatórios mais especializados; e no topo da pirâmide a atenção terciária e quaternária, onde se localizariam os investimentos e recursos de alta complexidade e alto custo.

Contudo, nesse percurso que já soma trinta anos de construção, as diferentes crises na saúde convocaram a uma mudança de paradigma, que inclui a ideia, hoje mais bem difundida, de uma rede não hierarquizada, onde o fluxo possa se dar em qualquer direção. Com os sistemas de regulação, qualquer unidade pode solicitar o acesso a qualquer leito ou vaga de tratamento especializado. O que gostaríamos de destacar aqui é a ideia que o SUS traz em seu bojo contida na proposta de uma atenção integral, que visa às múltiplas necessidades do

indivíduo, mas também à ideia do todo, o que traz por consequência pensar a cura não somente como ausência de doença.

Neste sistema estão previstas práticas assistenciais que considerem o indivíduo em sua integralidade, convocando outras categorias profissionais, além do médico, a tomarem lugar nas práticas anteriormente centradas nos cuidados que visavam apenas à doença. Cabe lembrar que a lei que institui o SUS, lei 8.080 de 1990, traz em sua definição de integralidade a noção do “individual”, do “cada caso”, definindo integralidade como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, *individuais* e coletivos, exigidos para *cada caso* em todos os níveis de complexidade” (MS, 1990, grifo nosso). Chamamos atenção para os termos destacados, pois ainda que organizado de uma maneira que seja universal, e que funcione na lógica do “para todos”, há uma brecha para o que é considerado singular ao marcar o “cada caso”. Todavia, indagamos, falar do individual equivale a considerar a subjetividade? O que interrogamos é que a noção do individual, do “cada caso” não inclui necessariamente a noção de subjetividade tão cara para a psicanálise, isto é, a inclusão do sujeito, tal como entendido pela psicanálise, o sujeito em sua divisão psíquica.

Acompanhamos uma série de políticas de saúde que visam à integralidade do cuidado ao paciente que, em linhas gerais, significa oferecer um atendimento que considere a pessoa, o doente, em sua dimensão bio-psico-sócio-espiritual, na tentativa de abranger as múltiplas necessidades de cada indivíduo. O conceito de integralidade do cuidado traz, em seu cerne, a ideia da soma, de acréscimo de vários saberes que visam à pessoa em sua totalidade. É com esse termo “totalidade” que devemos fazer um tensionamento, pois sabemos que não há o sujeito que possa ser apreendido em sua totalidade. Darriba (2019, p.242) chama a atenção justamente para o que se passa em um trabalho em equipe, ao afirmar:

Na operação aí implicada não se trataria, no que concerne ao saber, de soma, mas de subtração, o que indaga a ideia da integralidade a que se associa o trabalho multidisciplinar. Há que se partir de que a integralidade não pode equivaler à soma das especialidades. Mas se constatamos que a soma das especialidades é o modo como se concebe a integralidade nesse ambiente, como recusar o lugar de especialista sem ficar imaginariamente de fora?

Na tentativa de oferecer um cuidado integral ao paciente, muitas vezes o que se obtém, ao contrário, é a fragmentação dele. Mais do que fragmentar o cuidado, o que percebemos é a própria fragmentação do paciente, como é comum escutar no cotidiano de uma enfermaria o paciente ser identificado pela doença, tal como ouvi certa vez durante o *round* da equipe médica: “*Quantas altas temos pra hoje? Porque está subindo um pâncreas*”. O paciente fica

resumido ao seu órgão doente. Na contramão do advento cada vez maior das tecnologias de cuidado, vamos perdendo de vista o sujeito. Então, a primeira pergunta que surge é: onde fica a subjetividade do paciente? Darriba (2017, p.38) aponta também que, para considerar a inclusão da dimensão subjetiva, não é necessário nos colocarmos (os psicanalistas) fora do discurso científico, pois “a questão do sujeito, como a tomamos, é correlata a ele”, mas, igualmente, aponta para os limites desse discurso. Isso nos permite afirmar que, muitas vezes, é nos limites do trabalho e do saber posto em equipe que o psicanalista pode encontrar o seu *instrumento* de trabalho.

No decorrer dos anos 2.000 acompanhamos a fomentação de políticas e programas de saúde que reafirmam o caráter do cuidado humanizado no campo da saúde. Práticas e ambientes humanizados, equipes multiprofissionais, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, dentre outras, se apresentavam como meios para a qualificação das práticas de saúde e o resgate do principal, a pessoa, ou usuário da saúde, como protagonista do cuidado (BENEVIDES & PASSOS, 2005). No entanto, devemos ter em mente que práticas humanizadas não garantem a dimensão subjetiva (ELIA, 2009), e nesse sentido é que se faz importante discernir as noções de indivíduo e sujeito.

Falar em sujeito exige certo rigor, pois para a psicanálise o sujeito não está dado de partida, ele se constitui a partir de uma alteridade, de sua inserção na linguagem e, nesse sentido, podemos dizer que é a linguagem que desnaturaliza o corpo. Fiel à concepção freudiana de que o organismo mais parece feito não para satisfazer a necessidade, e sim para aluciná-la, há uma dimensão aí de sujeito que não se confunde com a ideia de indivíduo. Assim Lacan (1959-1960/1997, p.54) afirma “o prazer não se articula na economia humana senão numa relação com esse ponto, certamente deixado vazio, enigmático, mas que apresenta certa relação com o que é para o homem a realidade”. E esse ponto enigmático, obscuro na realidade do sujeito, e que insiste, é o que Freud denomina *das Ding*.

No Seminário *A ética da psicanálise* (1959-1960/1997), Lacan apresenta que assim como a questão da existência está colocada para o homem, *das Ding* é o que está colocado no campo do sujeito, o que em última instância significa apontar que é no campo do desejo, que a psicanálise se situa, essa é sua ética. É nesses termos que nos aproximamos da noção de sujeito para a psicanálise, que não coincide com a noção de indivíduo ou de pessoa humana (ELIA, 2004).

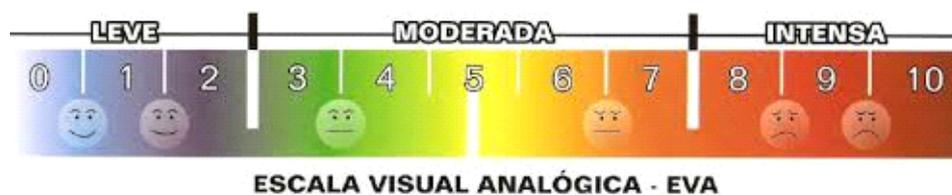
Se as pesquisas científicas se desenvolveram no terreno daquilo que é chamado de humano, como sinaliza Lacan (1959-1960/1997) nesse Seminário e que, portanto, traz em seu cerne a questão do bem, de fazer o bem, e da imagem idealizada do homem, para a psicanálise

é de outra coisa que se trata, pois, o inconsciente é outro registro. Nessa vertente, é nesse estatuto de outra coisa, que Lacan vai abordar a questão da ética apontando para o que concerne mais propriamente ao sujeito: o desejo.

Ao analisarmos alguns princípios e definições norteadores das práticas no campo da saúde, podemos encontrar, por exemplo, “a valorização da dimensão *subjetiva* e social em todas as práticas de atenção e gestão [...]; o trabalho em equipe multiprofissional; a atuação em rede e a construção de autonomia e protagonismos de *sujeitos* e coletivos” (MS, 2004, p.9, grifos nossos). Notamos que são empregados significantes bastante caros à psicanálise. Mas ainda que possamos visualizar práticas individualizadas no contexto da medicina, por exemplo, como apontam estudos baseados no cuidado centrado na pessoa (EPSTEIN et al, 2010; FRENKEL & COHEN, 2014, citado por SOUZA DANTAS, 2017), isso não equivale a dizer que é do sujeito que essa prática se ocupa.

O sujeito não se confunde com o indivíduo, o sujeito “não é o individual”, afirma Darriba (2017, p.40), na medida em que o indivíduo aponta antes para a ausência de uma divisão e, nesse sentido, ao se referir ao indivíduo a dimensão subjetiva permanece velada. Podemos dar como exemplo a dor, considerada como o quinto sinal vital avaliado em um exame físico, além da temperatura, pulso, respiração e pressão (INCA, 2004). Como medir a dor? O que é a dor para cada um? Conforme documento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (MS, 2001) sobre os cuidados paliativos, a dor é um sinal “subjetivo e pessoal”. Então como mensurá-la de modo a tratá-la pela medicina de forma universal, através de protocolos internacionalmente estabelecidos? A maneira que a medicina encontrou foi o desenvolvimento de diferentes escalas, partilhadas na comunidade científica, a exemplo da escala numérica, ou da escala visual analógica (EVA), na qual o paciente pode identificar o seu nível de dor, possibilitando que se tenha um “padrão”, uma linguagem comum, pois é somente aí que a medicina pode intervir.

Figura 1 – Escala Visual Analógica



Fonte: <http://www.saude.ba.gov.br/>

Vemos, com isso, que a prática médica é dependente da relação direta com o universal, baseada e sustentada que está em práticas, resultados e protocolos, para atestarem a

eficácia de determinado procedimento, ou diagnóstico. Isso equivale a dizer que, é porque tem validade para todos, que determinado procedimento será válido para um. Em outras palavras, poderíamos dizer que para todo X poderá ser aplicado Y, isto é, para todo paciente que apresentar determinados sintomas e sinais que obedecem a certo padrão, será utilizado o mesmo protocolo de tratamento. É nesse ponto que verificamos a torção promovida pela psicanálise, que é o que Freud deixou como legado, o sintoma como tendo uma relação direta com a história de vida de cada paciente e, portanto, sua causa só podendo ser pensada na singularidade. Dessa forma, é no diálogo com o discurso de cientificidade que a psicanálise está no hospital, em meio a vários saberes. Segundo Pacheco Filho (2015, p.84) trata-se de:

Abordar o assunto no sentido específico da práxis psicanalítica no território delimitado pelo campo da saúde pública no Brasil atual e no contexto do SUS. Aqui obrigatoriamente, a articulação com o âmbito institucional convoca sempre a interlocução com outros campos de saber e com profissionais de áreas distintas (médicos, assistentes e auxiliares de enfermagem, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, agentes comunitários de saúde, etc.).

Advertidos disso, é importante considerar que o que apresentaremos ao longo dessa escrita está inserido e atravessado por todas essas questões que caracterizam a instituição hospitalar, ou seja, atravessadas por práticas assistenciais norteadas por uma política pública de saúde, com noções que anunciam uma singularidade, ainda que não deixem espaço para o subjetivo. Que relação essa noção de individual, e singularidade, tal como sinalizado nas práticas em saúde sob os termos de “projeto terapêutico singular”, ou “cuidado centrado na pessoa”, pode ter com o modo como a psicanálise aborda o sujeito? Ter um cuidado centrado na pessoa, como é o caso da prática médica, consiste em aplicar o universal (os protocolos nos quais se baseiam esta prática) ao individual, mas não necessariamente atento à singularidade. O singular é, para nós psicanalistas, “o *status* do caso”, afirma Miller (2003, p.5), pois “na experiência analítica temos que nos virar com um particular disjuncto de qualquer universal, um particular que não se deixa absorver no universal, mas que é bem mais referido à singularidade, à originalidade, e mesmo à bizzarria do caso a caso”.

1.1 Psicólogo ou Psicanalista? O profissional Psi no Hospital

Moretto (2019a) lembra que a entrada de psicólogos nas instituições deve-se à ampliação do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir do novo paradigma que inclui outras dimensões que não apenas o biológico, a ausência de

doença. É nesse paradigma biopsicossocial que a psicologia se insere na área da saúde, nos diferentes dispositivos e, junto com outras especialidades, vai compondo a abordagem multiprofissional. Essa inserção baseia-se no modelo clínico, o modelo de uma semiologia que percebe os sinais e sintomas de uma doença, classificando e diagnosticando, e propondo tratamentos (MORETTO, 2019a). Contudo, lembra a autora, é importante ressaltar que “o que confere o caráter clínico à prática psicológica é o fato de ela ser a clínica do sujeito e não das doenças” (idem, p.37).

Não é raro nos depararmos com a questão da identidade do profissional da psicologia, sobretudo na área hospitalar. De partida, observa-se uma variedade de nomenclaturas através das quais cada psicólogo se nomeia nesse campo, como por exemplo: psicólogo hospitalar, psicólogo da saúde, psicoterapeuta, de abordagem cognitivo-comportamental, psico-oncologista, psicólogo orientado pela psicanálise, entre outras. Percebemos que, para alguns, a ênfase do seu trabalho, e aquilo que permite se nomear de tal ou qual forma, diz mais respeito ao lugar onde este se dá, por exemplo: o psicólogo que trabalha no hospital de oncologia poderia se nomear como “psico-oncologista”. Mas o que é propriamente o que sustenta a sua posição, o que orienta a sua escuta, e ainda qual a ética que a sustenta? A própria denominação de psicologia hospitalar, por exemplo, parece se orientar mais pela determinação do lugar onde se dá, do que pelo tipo de prática em si. Segundo Chiattonne (2000), muitas vezes o próprio psicólogo não tem clareza de quais sejam suas tarefas e seus papéis dentro da instituição, o que pode gerar dúvidas quanto à cientificidade e efetividade de seu papel junto ao próprio hospital. As próprias ferramentas de gestão e faturamento no SUS não são claras quanto ao enquadre em que se dão as funções do psicólogo, oferecendo a opção de psicólogo clínico e psicólogo hospitalar, como se a clínica fosse exercida em outro lugar, ou coisa diferente do que se faz no hospital.

Herrera-Altamirano (2011), psicanalista argentina, dá o exemplo da Faculdade de Psicología da Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), fundada em 1967, fortemente marcada pelo discurso da psicanálise durante décadas, tendo como efeito a formação de profissionais que ao final da graduação recebem a nomeação de psicólogos clínicos de orientação psicanalítica, o que representa uma importante posição ao diferenciá-lo de outras correntes da psicologia. Contudo, lembra a autora, a problemática da diferenciação entre os diferentes âmbitos de conhecimento, a saber, a psicologia clínica e a psicanálise, segue vigente não somente na maneira como cada um se nomeia (sou psicólogo ou sou psicanalista), mas também nos efeitos e produto de sua prática como estudante e profissional, ao encontrar uma sociedade que espera dele, do egresso universitário, uma clareza de certos aspectos do

conhecimento levado ao contexto cotidiano.

No Brasil, também acompanhamos a marca da psicanálise em universidades públicas a partir da década de 80, determinando sobremaneira a forte tendência à orientação psicanalítica de egressos dos cursos de psicologia (MANSO, JORGE & ALBERTI, 2016). Na escrita desse trabalho estaremos orientados pelo fato de que a psicanálise é um saber que só se transmite pela própria experiência analítica, onde a teoria por si só não dá conta dessa transmissão, pois não se trata de um saber que se encontra nos livros. A questão da transmissão da psicanálise será retomada em capítulos posteriores.

O que comumente sabemos é que, em um contexto hospitalar, contrata-se ou selecionam-se psicólogos para uma equipe, não um psicanalista, abrindo para a questão sobre o que permite dizer que um psicanalista está em uma equipe, considerando que ele não está ali como uma especialidade profissional. Ao psicólogo é demandado um saber sobre as funções psicológicas e as emoções, sendo este profissional aquele que tem um lugar na equipe multidisciplinar, junto a outros profissionais, colocando-se como “mais um saber” em meio a tantos outros que tomam o paciente como objeto de sua intervenção. Não é comum no hospital ouvir alguém se apresentar como psicanalista em meio à equipe. Então indagamos, o que autoriza o psicólogo a dizer de seu lugar como psicanalista no hospital? Trata-se da mesma coisa? Para Figueiredo (1997), entre aqueles psicólogos que não se dizem psicanalistas, mas que aproximam a sua clínica com situações de análise muito próximas da prática de consultório, ou aqueles que simplesmente adjetivam seu trabalho como “clínica psicanalítica”, parece não se sentirem autorizados em seu percurso a se dizerem psicanalistas.

A própria questão do fazer em psicanálise, da prática do psicanalista no hospital, não pode ser capturada pelas padronizações muito comuns e corriqueiras quando se fala em trabalho em instituição de saúde. Se não há um consenso sobre o ser psicanalista, também é fato curioso encontrar diferentes formas de dizer do trabalho do psicanalista no hospital. E entre essas podemos encontrar: psicólogo de orientação psicanalítica, psicólogo orientado pela psicanálise, de base analítica, praticante da psicanálise, e até mesmo analista. Em recente artigo sobre a psicanálise aplicada em hospital (SANTOS et al, 2019) encontramos mais algumas diferentes formas de se falar do fazer psicanalítico no hospital: dispositivo psicanalítico, acompanhamento psicanalítico, assistência, acolhimento psicanalítico, operar analiticamente, aplicação da psicanálise. Com isso, nota-se que não é fácil, tampouco óbvio, se situar como psicanalista no meio hospitalar.

Moretto (2001, p.23) aponta o quão fundamental é abordar o ser psicanalista no hospital, para “entender o que é que esse alguém quer dizer com isso, ou seja, o que é que ele

diz que faz quando diz que é psicanalista, que faz psicanálise”, sob o risco de ter associado ao “ser psicanalista” a certa vacuidão.

Conforme apontam diferentes trabalhos nessa área (SANTOS et al, 2019; DECAT & KRUEL, 2000, ALBERTI, 2019, DARRIBA, 2019, MORETTO, 2019), o psicanalista no hospital trabalha não só com o paciente, mas também com o contexto hospitalar na interlocução com outros saberes, o que significa dizer que ele está em meio a várias demandas, deslocando-se de uma posição determinada pelo tradicional *setting* analítico. Cabe ao psicanalista na instituição bem-dizer seu trabalho, e nesse sentido a posição do psicanalista na instituição tem também efeitos de transmissão. É o que Belaga (2015) aponta, lembrando que Lacan, ao conceber a Escola Francesa de Psicanálise, marcava uma lógica do “não todo”, ou seja, é no um a um, que algo da psicanálise pode ser transmitido. É essa inconsistência, que vai na contramão de “dar conta do todo”, que Belaga destaca como bem maior da psicanálise, seu agalma.

Tomaremos essa como uma questão de nosso trabalho, a qual terá seus desdobramentos ao longo da escrita, isto é, que o dizer-se psicanalista em um hospital pressupõe um ato de nomeação e autorização que passa menos pelo lugar de um saber, e mais pela posição de desejo de saber, a própria posição de analisante. Para Elia (2016), o legado de Lacan no momento de fundação de sua Escola, marca definitivamente o fim da clássica distinção entre a psicanálise e uma prática de base analítica, acreditando com isso resguardar algum rigor quanto à primeira. Nas palavras de Elia (2016, p.1.141),

Depois de todo o titânico empreendimento lacaniano, ou fazemos psicanálise ou fazemos psicanálise, seja aonde for: consultório, ambulatório, enfermaria de hospital, presídio, serviço de saúde mental etc., e seja em que nível for: clínica, pesquisa, transmissão, formação. O rigor terá que ser buscado e garantido de outro modo, pelas exigências do discurso que norteia qualquer práxis que responda pelo nome de psicanálise.

Segundo Alberti (2019, p.12), em recente artigo sobre a prática da psicanálise em hospital, não se pode falar em homogeneidade do trabalho do psicanalista, “nem entre os profissionais que se dizem psicanalistas, nem entre os outros profissionais que trabalham com eles na mesma instituição, cada um tendo uma ideia própria sobre o que fazem os psicanalistas dentro das instituições”, o que implica dizer que se trata de *work in progress* constante. Tal afirmação nos faz pensar que a questão do psicanalista no hospital só pode ser pensada a partir do lugar de cada psicanalista, lugar a ser construído, pois não está dado. Ele poderá se dar ou não, mas não está garantido. Para que haja psicanálise no hospital, é preciso que tenha ali um psicanalista, o que não está colocado pelo simples (mas nem tão simples

assim) fato de nomear-se como tal, pois tal como Lacan afirma (1964/2003, p.243), “a psicanálise está em toda parte, e os psicanalistas, em outro lugar”.

Sem dúvida a questão sobre o que é o psicanalista, e o que é a *práxis* da psicanálise, aparece em vários momentos do ensino de Lacan, mas é, sobretudo, em dois momentos - no *Ato de fundação* (1964/2003) da Escola Freudiana de Psicanálise e também na *Proposição de 9 de Outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola* (1967/2003) - que ele parece dar orientações bastante precisas no contexto da formação. Ele também se dedica à questão no Seminário *O ato psicanalítico* (1967-1968, inédito), contemporâneo à *Proposição* acima mencionada. Lacan (1964/2003, p.241) nos indica ainda que

É constante que a psicanálise tenha efeitos sobre toda e qualquer prática do sujeito que nela se engaja. Quando essa prática provém, por pouco que seja, de efeitos psicanalíticos, ele se descobre a gerá-los no lugar em que se espera que os reconheça.

Portanto, afirmar a presença do psicanalista aponta para um discurso outro no qual esse, que se pretende psicanalista, deve estar sustentado; que não é o do título universitário, nem do tempo de experiência: “mesmo que o psicanalista esteja ali há trinta anos, a Psicanálise nunca está na instituição de saúde de modo definitivo. Talvez ela esteja todos os dias por um triz, indicando a efemeridade e impermanência desse lugar” (MORETTO, 2019b, p.24).

Se a psicanálise não está no hospital enquanto uma especialidade, ainda assim ela está como possibilidade de tratamento do sofrimento psíquico e, como bem afirma Figueiredo (1997, p.92) em sua pesquisa sobre a psicanálise em um ambulatório público de saúde, “é preciso que situemos nossa função na clínica psicanalítica como produtores de um dispositivo peculiar da fala que lhe atribui uma dimensão específica”. A clínica parece ser então o que autoriza e legitima a presença e a intervenção do psicanalista, onde quer que ele se encontre, ou, como aponta Herrera-Altamirano (2011, p.125, tradução nossa), “é na prática clínica onde se põe à prova o manejo teórico e o trabalho analítico pessoal trasladado ao espaço profissional, de onde se pretenderia sustentar uma posição de escuta analítica”.

Assim indagamos: em que consiste essa aposta da psicanálise em um contexto médico hospitalar, com sujeitos atravessados em seu corpo por uma doença grave, que produz cortes, buracos, dores, que lembram a cada um de sua própria finitude? Se à medicina é conferido o ato de atestar a vida e a morte, atos médicos por excelência (atestado de nascimento e óbito), talvez possamos dizer que a psicanálise se ocupa de atestar, conferir um lugar para aquilo que o sujeito faz entre a vida e a morte. Se pudermos afirmar algo da presença do psicanalista no

hospital, diremos que ele não está ali senão para acusar recebimento, conferindo um lugar ao que vem do paciente, entre a vida e a morte. O movimento de cada sujeito entre esses dois pontos incontornáveis (o nascimento e a morte) é absolutamente singular, cheio de voltas, altos e baixos, como é o próprio movimento da pulsão. E é isso que acompanhamos nesse contexto de tratamento de pessoas com uma doença como o câncer. Destinos e movimentos singulares ainda que enquadrados nos mesmos protocolos médicos.

Como apontado por Lacan (1967-1968, inédito) no Seminário *O ato psicanalítico*, ser psicanalista não pode ser abordado como uma questão de profissão. Se o psicólogo pode ser legitimado por um diploma, um certificado que lhe autoriza a responder como tal, o psicanalista não. O que será sustentado nessa tese é que ele o é através de seu ato. É com seu ato que ele se autoriza a responder do lugar de analista para alguém. Brodsky localiza a questão propriamente na nomeação de “ser” psicanalista, na medida em que dizer “sou psicanalista” aponta para uma autorização de si mesmo que não pode ser legitimada por um certificado, diploma, ou experiência profissional. Da mesma maneira Belaga (2015), psicanalista argentino com prática em hospital, nos apresenta que a questão do psicanalista no hospital é intrínseca à teoria do final de análise, o que significa dizer, em última instância, que não é possível pensar a prática do psicanalista sem levar em conta a questão da formação do analista. Isso sim, para além de todas as pesquisas e investigações, só pode ser verificado na transmissão singular de cada psicanalista que se autoriza em sua clínica. Tal questão pode ser extraída da proposição de Lacan (1967b/2003, p.251) sobre o psicanalista e a psicanálise em extensão, onde ele afirma: “a psicanálise em extensão, ou seja, tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e a psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela”.

O que afirmamos aqui é que a especificidade da prática do psicanalista em uma unidade hospitalar está nos efeitos do seu ato, do ato analítico, no tratamento, permitindo um lugar para a fala do paciente – no lugar de sujeito – e não somente de objeto de inúmeros procedimentos e intervenções. E, nesse sentido, o papel do analista na instituição pode ser pensado justamente como o de “apagar os efeitos da instituição para que algo do sujeito emerja.” (FRANÇA, 2014, p.8). É importante não se deixar capturar pela demanda da instituição de que o profissional se identifique com esse lugar que lhe é imposto de especialista, pois é no lugar de opacidade de saber que o sujeito pode aparecer. Fagundes Netto (2014, p.32) lembra, quanto ao lugar do psicanalista em uma equipe:

Caso o analista se deixe capturar pelas amarras imaginárias do contrato, pode fazer

de sua atuação um contra-ato [...], operando dessa maneira, o analista não sai das disputas imaginárias – sempre altamente sedutoras – e, com isso, não ascende ao eixo simbólico, em que há lugar para a metáfora e para os equívocos da linguagem possibilitando a emergência do sujeito do inconsciente na cadeia significante. Portanto, será no plano simbólico que o analista poderá fazer valer seu ato e com ele inserir-se na equipe.

Se afirmamos que na psicanálise não há protocolo que possa reger o tratamento psicanalítico, e que a única regra fundamental a que estamos submetidos é a associação livre, interrogamos: será que é possível para um sujeito em tratamento de câncer, no momento específico de internação hospitalar, por exemplo, associar livremente? Há então que se relativizar a prática da psicanálise nos diferentes espaços institucionais, sem perder de vista que um dos princípios do ato analítico é o de não poder ser reduzido a um protocolo técnico (Laurent (2006). Dessa forma, afirmamos que é a clínica, o encontro com cada paciente, que permite então afirmar a presença de um saber outro, que não é o fornecido pela medicina. O caso que trago a seguir parece nos apresentar o furo que a singularidade faz nos protocolos que caracterizam o momento de uma internação hospitalar.

Trata-se de um paciente jovem que iniciou tratamento aos 28 anos após o diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda (LMA), e que vinha se utilizando de algumas drogas durante o tratamento, sofrendo os efeitos disso a cada nova internação. No momento desse atendimento ele estava internado para tratar de uma intercorrência clínica durante um dos ciclos de quimioterapia. Na enfermaria, ao ser perguntado como estava naquele dia, ele respondia que havia passado muito mal, descrevendo alguns sintomas desse mal-estar. Perguntamos se poderia ser reação da quimioterapia, e E. responde: “*não, eu comi um salgado da rua*”, apontando não para algo alheio a si, mas sim como efeito de um ato seu. Silêncio. Como já sabido por ele e todos os outros pacientes, o hospital é bastante rígido em suas normas e protocolos, não permitindo a entrada de nenhum alimento da rua, que esteja fora do controle do Serviço de Nutrição. Ele diz “*agora eu aprendi, né*”, ao que respondemos: “pois é, você não vai à rua, mas a rua vem até você. Porque é tão difícil ficar sem isso?”. Nossa fala faz referência ao que ele relata nos momentos fora do hospital onde, apesar de indicação de evitar a rua, ele desconsidera e “*vira a noite fora de casa*”. E. permanece em silêncio. A fim de tentar fazê-lo falar um pouco sobre essa urgência, insistimos na pergunta: “por que será que a satisfação tem que ser sempre tão imediata, por que não pode adiar um pouco?”. Damo-nos conta que a pergunta apontava para uma contradição entre termos. Adiar significa fazer uma escansão no tempo, prever ou contar com um tempo futuro. O imediatismo não comporta o tempo de espera. Não sabíamos se ele tinha esse tempo futuro e, sem saber, talvez ele soubesse que não tinha. A nossa pergunta, de certa forma, aguardava uma resposta, um tanto

quanto protocolar, advertida de que era de uma urgência que se tratava, então esperávamos que o paciente dissesse algo sobre “não tenho tempo a perder”, ou “não sei se poderei esperar para comer esse salgado”, ou ainda “não sei se vou morrer, por isso quero viver tudo que tenho direito”. No lugar dessas respostas ele diz “É... um amigo me disse: E., você só tem trinta anos!”, e interrompe nessa fala. “E., você só tem trinta anos”. Uma fala que pode ser lida de duas maneiras: uma apontando que com os trinta anos ele ainda tem muito tempo para realizar coisas em sua vida, e então “para que viver tudo agora?”; e outra que pode ser lida como “por que morrer tão jovem, você só tem trinta anos, então aproveite tudo que puder”. Por um lado o imperativo “Pare!”; por outro, “Viva!”. Pensamos na contradição desses dois tempos, tempos que se condensam: o tempo de viver e o tempo de morrer. O paciente segue: “acho que ter que ficar quieto me conecta com a parte que dói dentro de mim”. Essa fala deixa um vazio e o lugar para um choro que nunca viera antes.

Freud lembra em *O mal-estar na civilização* (1930/2011, p.18) que “a vida, tal como nos coube, é muito difícil para nós, traz demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis, para suportá-la não podemos dispensar paliativos”. A droga parecia ser, para esse paciente, a possibilidade de “desconectar” com a parte que doía, um “amortecedor de preocupações” (1930/2011), e cada sujeito encontra “seu modo próprio de viver o tropeço, a inadequação estrutural imposta pela existência” (VILANOVA, 2016, p.2).

Nesse caso, poderíamos dizer que a nossa pergunta parece ter tido um efeito de associação livre, ainda que em meio aos aparelhos e procedimentos de uma enfermaria. Uma pergunta que teve, para ele, o efeito de uma interpretação, fazendo-o associar a algo que ficou fixado na fala do amigo. Estar ali é estar o tempo todo remetido ao real da doença que insiste em interromper a vida e, como afirma Miller (2016, p.19), “o prazer leva o gozo a seus limites, e desse fato ele causa uma ligação à vida, essa vida que sem ele seria, diz Lacan, incoerente”. É nessa linha tênue, no fio da navalha, no limite entre a vida e a morte que E. parecia se equilibrar.

Ainda que o psicanalista esteja inserido em uma equipe multidisciplinar, ainda que muitas vezes haja o empuxo ao agir (DECAT & KRUEL, 2000), e ao dizer o que é melhor para o paciente, sua posição deve ser sustentada em uma certa extimidade para que o ato analítico opere nos efeitos de singularização, se deslocando do lugar de *expertise* que a instituição médica lhe confere, permitindo assim fazer girar os discursos.

Partilhamos das ideias de Moretto (2019b) ao dizer que há psicanálise desde que estejam ali as bases fundamentais nunca abandonadas desde Freud: o inconsciente, a transferência e a resistência. Talvez seja essa a especificidade do trabalho do psicanalista no

hospital, ao apostar e operar com os efeitos de singularidade a partir do dispositivo analítico que se instaura com a sua presença e da transferência colocada em cena. Então vejamos de que forma a psicanálise poderia dialogar com outros campos de saber.

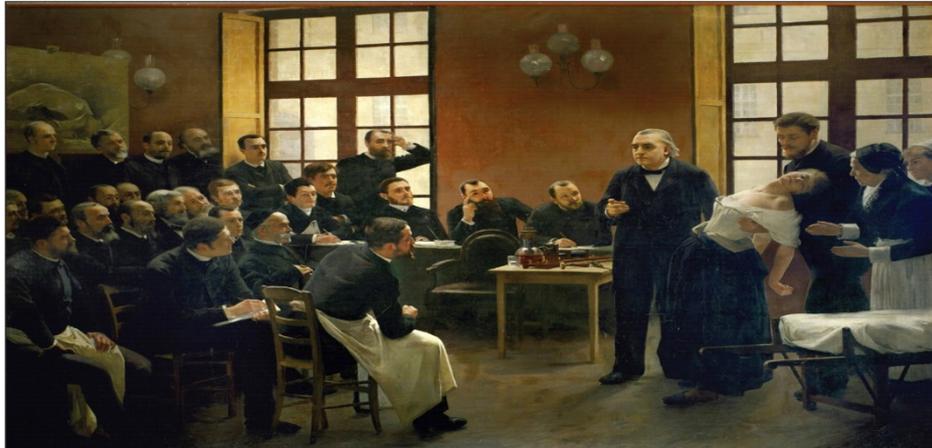
1.2 Psicanálise e Medicina

Jean Clavreul (1983) lembra que, do nascimento à morte, estamos irremediavelmente submetidos à ordem médica em nossa vida, pois ambos devem ser atestados por um médico. Aquele que se apresenta a um tratamento o faz através do mal-estar em seu corpo, algo que não vai bem, e por isso recorre ao médico, ou seja, aquele que sabe e pode livrá-lo desse mal, capaz de restituir a saúde perdida. O corpo se impõe ao sujeito, e esse corpo pode ser tratado pela medicina, que, com suas tecnologias, deverá ser capaz de devolver o silêncio e a harmonia dos órgãos do seu corpo.

Recuaremos um pouco na história da psicanálise para melhor localizar as questões que nos ajudarão a pensar a sua relação com a medicina. Falar dessa relação é propriamente remontar ao seu início. A psicanálise, denominada por Freud (1913a/1991) à época como uma jovem ciência, nasce mergulhada no campo médico, campo de investigação dos sintomas em um corpo adoecido, o das histéricas, sintomas esses que não cessavam de insistir a despeito dos procedimentos médicos e do saber científico da época.

Freud, como médico, inicia seus estudos psicológicos a partir de seu interesse sobre a fenomenologia presente nos ataques histéricos. Esse tema já tomava grande parte dos estudos de Jean-Martin Charcot, a quem Freud elegera como professor e mestre, e com quem ingressou nas pesquisas sobre as neuroses. Charcot debruçava-se sobre os sintomas histéricos, cuja sintomatologia desafiava o saber médico da época, pois não encontrava na fisiologia do organismo uma explicação para aquelas patologias. Observando a famosa gravura de uma aula de Charcot com uma de suas pacientes em seu braço, deparamos com a cena clássica que descreve uma crise histérica, aproximando-a do que se denominava “simulação”. Um sintoma exposto aos olhos do médico para ser decifrado.

Figura 2: Lição de Charcot



Fonte: <https://psicoativo.com>

Essa concepção da histeria identificada com uma simulação pode ser encontrada no séc. XVII com Thomas Sydenham que conferia à histeria uma definição que desafiava os diagnósticos, por se tratar de doença “enganadora” em essência (QUINET, 2005). A histeria feminina desafiava a medicina e, sob a hipnose, método de tratamento experimentado por Charcot, era possível ter acesso aos conteúdos psíquicos, um trauma psíquico, que determinava o sintoma no corpo. Sob a sugestão do médico, através da palavra de ordem e de comando, tal sintoma cessava. A primeira aparição do termo “trauma psíquico” pode ser encontrada nos *Extratos das notas de rodapé de Freud à sua tradução das conferências das terças-feiras, de Charcot*

O núcleo do ataque histérico, qualquer que seja a forma em que se manifeste, é uma lembrança, a revivescência alucinatória de uma cena significativa para o desencadeamento da doença. [...] O conteúdo da lembrança é, geralmente, ou um trauma psíquico, que, por sua intensidade, é capaz de provocar a irrupção da histeria no paciente, ou é um evento que, devido à sua ocorrência em um momento particular, converteu-se em trauma (FREUD, 1892-94/1991, p.171)⁷.

Encontramos, em uma das cartas de Freud a Josef Breuer, com quem trabalhou nas investigações iniciais sobre a histeria, os três pontos fundamentais a partir dos quais ele é levado a estudar tais estados: a magnitude da soma de excitação, o conceito de trauma e o segundo estado da consciência. As recordações ou o conteúdo traumático não estariam em conexão associativa com a consciência normal, privados assim da possibilidade de serem

⁷ Nessa tese foram utilizadas duas edições das obras de Freud: em espanhol da *Amorrortu*, que aparece identificada pelos anos de 1991 e 1992; e a edição em português da *Autêntica* (2019 e 2020). Os trechos retirados da edição em espanhol serão citados utilizando-se a livre tradução.

liberados pelas associações (FREUD, 1893/1991). Nesse momento, Freud (1893/1991) localiza o trauma psíquico como o evento que, quando retorna, causa a irrupção da histeria. O traumático não é, para Freud, o evento em si, que foi abolido da consciência, mas sim a revivescência dele, o retorno da vivência que causou o sintoma.

É nesse momento, dos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895/1992), que podemos localizar então o sintoma como efeito, resultado de um trauma psíquico. Freud (1893/1992, p.33) acreditava que o trauma, ou melhor, a lembrança do trauma, constituía-se como fator preponderante na formação do sintoma, a ponto de afirmar que “as histéricas sofrem principalmente de reminiscências”. A histeria passa então a ser encarada como oriunda de um trauma psíquico, destacando a partir daí outro registro que não o orgânico como causa dos sintomas: “[...] todo fenômeno histérico é determinado pela natureza do trauma”, afirmava Freud (1893/1992, p.33).

O termo “psico-análise” aparece pela primeira vez em 1896, no artigo *A hereditariedade na etiologia das neuroses*, historia Roudinesco (2016), como um novo método de exploração do inconsciente, verdadeira sede dos complexos psíquicos responsáveis pela formação do sintoma. Nesse artigo, Freud afirmava que a hereditariedade tão prezada por psiquiatras, mas também por psicólogos, era absolutamente incapaz de explicar a origem da neurose. O corpo em cena apontava para outro mapa, diferente dos mapas genéticos ou localizações cerebrais. Com isso, afirma Roudinesco (2016, p.88), “Freud efetuava uma espécie de revolução terapêutica e sustentava que graças ao novo método de tratamento por meio da fala inventado por Breuer e retrabalhado por ele, os distúrbios psíquicos poderiam ser entendidos, tratados e às vezes curados”.

É interessante observar a nota do editor James Strachey (1915/1992, p.157) no artigo metapsicológico *O Inconsciente*, a respeito da importância da descoberta freudiana, e de uma mudança de posição frente ao sofrimento e tratamento das doenças neuróticas. Assim ele escreve:

Sem dúvida, são muitas as razões pelas quais o ‘Projeto’ não tenha sido concluído e toda a linha de pensamento subjacente fosse logo abandonada. Mas a razão principal, porém, foi que Freud, o neurologista, foi deslocado e substituído pelo Freud psicólogo: tornava-se cada vez mais evidente que até mesmo a elaborada maquinaria dos sistemas neuronais era incômoda e grosseira demais para lidar com as sutilezas que a ‘análise psicológica’ estava trazendo à luz, e que só poderiam ser descritas na linguagem dos processos anímicos. De fato, vinha ocorrendo, muito gradativamente, um deslocamento do interesse de Freud (STRACHEY, 1915/1992, p.157).

Portanto, vemos que desde seus primórdios a psicanálise dialoga com a medicina,

debruçada sobre a queixa do paciente que parece não cessar diante do que o saber médico pode oferecer.

Em *A questão da análise leiga* (1926a/2019), Freud estabelece um importante diálogo com a medicina, defendendo a psicanálise como uma ciência que não é especialidade da medicina, ainda que tenha surgido através da sua experiência como médico, no interesse pelos fenômenos histéricos. Freud (1926a/2019, p.295) aponta, entretanto, para a utilização do novo método de tratamento para fins médicos, e para tal, deverá aceitar se submeter “às prescrições válidas para todos os métodos terapêuticos”.

Como veremos ao longo dessa tese, o contexto em que se encontra o paciente, a experiência do adoecimento, o ambiente hospitalar, os procedimentos médicos, parecem convocar cada sujeito a um trabalho que está para além do tratamento médico. O que escutamos é que a doença, e em nosso caso o significante *câncer*, parece abrir uma via de acesso ao inconsciente, escancarando e desvelando o real do corpo, que deixa à mostra o que deveria estar velado, aquilo que ninguém quer ver ou pensar. É diante do real, “do real na medida em que ele é o domínio do que subsiste fora da simbolização” (LACAN, 1954/1998, p.390), que o psicanalista é convocado a escutar. Ao receber esses pacientes em atendimento, é sobre o encontro com esse real que escutamos, como aconteceu com uma paciente que é encaminhada por seu médico, um cirurgião de abdômen, após a recusa para colocação de uma bolsa de colostomia. Trago um fragmento desse atendimento.

B. é uma paciente de 52 anos, casada e com filhos, que chega ao ambulatório de psicologia por encaminhamento médico diante da recusa de colocação de colostomia definitiva. No momento da preparação para a cirurgia para retirada de um tumor no intestino, e diante de uma crise de choro, o médico interrompe o procedimento e pede para que ela “pense melhor”, encaminhando-a ao psicólogo. Ela chega decidida: “*não quero a bolsa*”. “Bolsa?”, pergunta a psicóloga, e ela explica o acontecido e insiste: “*o problema é a bolsa, não quero isso para o resto da minha vida*”, referindo-se à bolsa de colostomia, um dispositivo que fica atrelado ao corpo do paciente, fazendo a função do intestino – acumular e eliminar as fezes. O que B. parece não suportar é a ideia de ver o que deveria ficar escondido, afinal “*ninguém fica vendo o que tem por dentro do próprio corpo*”. Aqui acompanhamos B. diante de uma escolha forçada, ela escolhe ficar sem a bolsa, ainda que isso lhe custe a vida. Ela fala do “*horror de ver o que não é para ser visto*”, “*não quero ver o que o meu corpo tem por dentro, e com essa bolsa o meu intestino vai ficar para fora*”. A presença do estranho, e ao mesmo tempo familiar, anda lado a lado com a angústia, e é disso que ela vem falar com o psicólogo.

Como afirma Vasconcellos (2013, p.377), “a produção de um texto permite reordenar o sofrimento do contexto”. Não seria disso que se trata no dispositivo analítico? Recolocar os significantes fazendo novo arranjo para um contexto, a princípio sem palavras? Poder falar é fazer um texto, um texto à espera de alguém que o leia. Ainda que o contexto possa ser o mesmo, o mesmo cenário, os mesmos procedimentos e condutas, cada um será autor do seu próprio texto.

Isso aponta para a singularidade de cada paciente no contexto do tratamento oncológico a partir do significante câncer, pois ainda que a medicina possa tratar todos a partir do mesmo protocolo, é na lógica do um a um que escutamos cada sujeito. Uma doença como o câncer convoca a múltiplos saberes, práticas interdisciplinares de cuidado e, como psicanalistas, interessamo-nos pela experiência singular de adoecimento produzida pela doença. Como Freud (1915a/1992, p.163) apresenta em *O Inconsciente*

De muitos ângulos nos contestam o direito de supor a existência de algo mental inconsciente, e de empregar tal suposição visando às finalidades do trabalho científico. A isso podemos responder que nossa suposição a respeito do inconsciente é *necessária e legítima*, e que dispomos de numerosas provas em favor da existência do inconsciente. Ela é *necessária* porque os dados da consciência apresentam um número muito grande de lacunas.

Do lado da medicina encontramos os protocolos médicos, ferramentas necessárias para que se cumpra a função de um tratamento, o retorno ao corpo saudável e, nesse sentido, cabe aqui um saber prévio e consolidado, que é propriamente o que se diz da “medicina baseada em evidências”. O médico precisa estar assegurado nesse lugar de saber, que o legitima na condição de especialista, não sendo possível pensar a sua posição sem levar em consideração o momento em que a medicina, esse saber no qual o médico se sustenta, se tornou científica.

É importante lembrar que, como bem aponta Decat (2013, p.405), “a ciência caminha sempre em sua lógica que elimina o *limite*; ela não pensa, somente avança em seus conhecimentos, construindo cada vez mais parâmetros estatísticos que eliminam a singularidade”. Porém, quanto mais se exclui o sujeito, mais a psicanálise se faz necessária. Cabe encontrar o nosso lugar aí, pois ainda que a ciência, com seus avanços tecnológicos, insista em afirmar que sempre há que fazer alguma coisa, vide as técnicas de manutenção de uma pessoa viva, a ponto de já não se poder falar da morte natural (COSTA, 2015), ou ainda as técnicas de reprodução assistida, ainda assim o limite está colocado desde sempre (MALENGRAU, 1995). Não à toa, os médicos costumam descrever como impotência o sentimento diante do “*não há mais nada a ser feito*”.

Em conferência dirigida aos médicos, Lacan (1966/2001) situou a psicanálise no

campo da medicina em sua dimensão de extraterritorialidade. Desse encontro, o que se revela é o limite no saber, “algo insiste e resiste às repetidas tentativas de recobrir o real para que seja possível a existência do sujeito do inconsciente” (DECAT, 2013, p.401). Nesse limite, resta a relação médico-paciente, resta o sujeito.

Se tradicionalmente a medicina tinha seu prestígio pela relação médico-paciente, chegando mesmo Balint (1984) a afirmar que em um tratamento a droga mais eficaz é o médico, figura de autoridade; com o avanço tecnológico e científico, cada vez mais essa relação passa a ser permeada por outras questões impostas pela ciência. Em face desses “novos problemas”, novas demandas por evidência e eficácia, é que o médico se encontra e “é do exterior de sua função, especialmente da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões, para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas.” (LACAN, 1966/2001, p.9).

O médico pode figurar como um “agente distribuidor” dos novos produtos terapêuticos, químicos, biológicos. A maneira como responde a isso, é o que coloca a especificidade do médico em relação à psicanálise. Mas há algo que escapa à possibilidade de ser respondido pelo discurso médico, tal como formula Lacan (idem, p.10): “quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente”. Isso faz lembrar um paciente que trazia a seguinte queixa “*o médico diz que eu estou curado, que não tenho mais doença ativa, estou assintomático, mas eu não consigo seguir em frente, eu não sou mais o mesmo, a minha vida não anda*”. Essa fala não foi dirigida ao médico, porque ali não podia ser escutada, pois o que ela aponta é justamente para uma estrutura de falha entre a demanda (a cura de uma doença e o retorno ao corpo saudável) e o desejo (que é sustentado pela fantasia).

O que se verifica ao recebermos, em tratamento, pacientes com câncer, é que há algo que escapa do que é dirigido ao médico, algo do qual só se pode saber através de outra escuta, e a que, ainda que a medicina se apresente com seus protocolos firmemente estabelecidos, ela não pode responder. Enquanto a medicina se dirige ao corpo da biologia, esse que pode ser curado, e que pode voltar ao seu funcionamento normal, na psicanálise aborda-se o real em cada caso, “através do que na psicanálise se trata como o que não funciona” (GOLDENBERG, 2015, p.87), e à impossibilidade de se voltar a um antes. São dois registros diferentes sobre o corpo, pois entre o que se demanda e o que se deseja, há um corpo que goza e, nesse sentido, é que Ansermet (2014) aponta que o par psicanálise e medicina se funda em um mal-entendido primordial que remete ao dualismo cartesiano mente-corpo.

Contudo, não se trata de recuar frente a esse mal-entendido, mas sim trabalhar advertido das diferenças colocadas por um e outro, tal como afirma Ansermet (2014, p.4) sobre o trabalho possível como psicanalista no campo da medicina: “implica admitir passar pelo mal-entendido, evitar contorná-lo, recobri-lo, apagá-lo, cumulá-lo com um saber a mais: resta calcular o paradoxo que consiste em ordenar uma prática a partir do reconhecimento do mal-entendido que a funda”.

Ao abordar a questão da psicanálise e da medicina, somos reenviados, portanto, à questão do corpo, cujo estatuto na psicanálise possui uma dimensão que está para além do corpo físico, reduzido ao orgânico, que pode ser tratado por técnicas e procedimentos baseados em evidências. Essa questão é bastante cara à psicanálise, pois o legado de Freud nos mostra que toda a construção da psicanálise se sustenta em uma leitura que ele pôde fazer da história que o paciente narra sobre seu corpo, apontando para um sintoma para além do registro orgânico. Ainda que não seja o objetivo primordial nessa tese, faremos algumas considerações acerca da noção de corpo para a psicanálise.

1.2.1 Algumas considerações sobre o corpo em psicanálise

Freud não recusa a ideia de corpo, porém dá a ele uma nova cartografia, aquela que não é a mesma da medicina, que pode radiografar, escanear, ver através, costurar, abrir e fechar. Mas aquela que se manifesta como experiência de um corpo erógeno marcada por experiências singulares de gozo, o que implica dizer que para a psicanálise o corpo não se reduz ao biológico, ainda que não prescindia deste, mas ele é “o resultado de um organismo que foi (em alguns casos não) sensivelmente atravessado pela palavra” (CASTRO, 2015, p.78). A esse corpo só temos acesso pela palavra do paciente.

Falar sobre corpo remonta à filosofia de Descartes, século XVII, em seu conhecido *Discurso sobre o método*, o qual introduz uma importante aquisição que será a base para o pensamento científico. É com Descartes que se lança luz à existência de uma matéria (*res extensa*), atestada pela atividade do pensamento; e de uma substância pensante (*res cogitans*), que presentifica e atesta a existência do ser. A *res cogitans* é a substância que se refere a tudo que diz respeito ao mental, “uma coisa que pensa é uma coisa que duvida, afirma, nega, quer ou não quer, imagina e sente” (POLLO, 2004, p.18), e contrasta com a *res extensa*, substância que tem a qualidade de possuir comprimento, largura, profundidade, que se denomina de corpo. O pensamento cartesiano coloca em oposição essas duas substâncias – corpo e mente –

de onde obtemos o material que funda a ciência.

Ainda hoje se percebe as marcas dessa herança no cotidiano da prática hospitalar, onde o profissional “psi” é aquele que se encarrega do psíquico, das funções psicológicas, campo do mental, como se isso não tivesse sua inscrição no corpo. Para a psicanálise essa divisão nunca esteve em questão, o que podemos identificar com Freud já em um trabalho contemporâneo aos estudos com Charcot, intitulado *Tratamento Psíquico (ou anímico)*, datado de 1890. Nesse trabalho, no qual Freud aponta para a existência da relação entre corpo e psíquico, já é possível reconhecer a importância e influência dos afetos sobre o corpo, tal como encontramos na citação:

Coube aos médicos a tarefa de examinar a natureza e a origem das manifestações das doenças nesses doentes de nervos [*Nervösen*] ou neuróticos. Nesse contexto, então, descobriu-se que, pelo menos, em uma parte desses doentes os sinais do sofrimento se originavam nada menos, que de uma *influência modificada de sua vida anímica sobre o seu corpo*, ou seja, que a origem mais próxima do distúrbio deve ser procurada no anímico (FREUD, 1890/2019, p.23).

É também, nesse mesmo trabalho, que Freud (1890/2019, p.19) afirma que a palavra é a ferramenta essencial no tratamento, “os meios que inicial e diretamente terão efeitos sobre o anímico da pessoa”, capaz de “provocar transformações anímicas naquele a quem elas são dirigidas” (idem, 1890/2019, p.31).

Se acompanhamos a separação mente-corpo com o advento da ciência moderna, podemos dizer que a psicanálise, com o conceito de pulsão, vem resgatar o corpo de sua redução às ciências biológicas, fazendo uma espécie de dobradiça. A pulsão, conceito formulado por Freud no momento de seu estudo sobre a sexualidade infantil (1905b/1992), e mais bem sistematizado como conceito fundamental para a psicanálise em seus escritos sobre a metapsicologia, é definido como “um representante psíquico dos estímulos que se originam do interior do corpo e alcançam o psíquico, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corpo” (FREUD, 1915b/1992, p.117). O trajeto da pulsão, que vai marcando os orifícios corporais, as zonas erógenas, com as experiências de satisfação, nos dará o que conhecemos como corpo para a psicanálise. Assim podemos dizer, com Freud, que a pulsão é o que costura, amarra, subverte a divisão entre somático e psíquico, retirando o corpo de seu registro puramente biológico, “o corpo como o primeiro eu do sujeito também é o eu pulsional, nas infinitas zonas erógenas que se lhe impõem” (ALBERTI, 2004, p.39).

Desde o *Projeto* (1895/1992), no qual Freud fornece uma ideia de aparelho em relação

ao qual o próprio organismo aparece como mundo externo, já encontramos esboçado que o bebê, em sua prematuridade biológica, demanda a presença de uma “ajuda alheia”, de onde provém tudo aquilo que necessita para sobreviver. O corpo do bebê humano ainda não possui as condições necessárias para sua autonomia (andar, comer...), o que de partida coloca a especificidade do humano, lançando-o em uma estreita relação com o outro. Essa condição é o que Freud, nomeia como desamparo (*Nebenmensch*), instaurando aí a presença de *das Ding*, algo de mítico e primitivo que se instaura na experiência original do encontro com o outro.

Posteriormente, Freud afirma em *O Eu e o Isso* (1923/1992, p.27) que “o eu é, sobretudo, um eu corporal”, “*esencia-cuerpo*”. O que então permite a passagem do biológico ao corpo como lugar das identificações mais primitivas do sujeito? Apoiado na obra freudiana sobre o narcisismo, Lacan (1949/1998) apresenta seu importante trabalho sobre o estágio do espelho, o qual inaugura sua entrada no meio psicanalítico. Esse trabalho propõe como operação fundamental para constituição do eu, o que Freud (1914/1992) localizou como eu ideal, isto é, a imagem idealizada dotada de toda espécie de perfeição do narcisismo outrora perdido dos pais.

Com Lacan (1949/1998) encontramos a noção de corpo através do entrelaçamento dos três registros: real, simbólico e imaginário, o que significa dizer que a passagem do puro organismo para um sujeito que tem um corpo é fruto de uma operação simbólica e imaginária, que incide sobre o real do corpo. É isso que permite pensar que o sujeito mantém com seu corpo uma relação complexa, pois é no corpo que se dá a identificação do sujeito na relação com o Outro, relação que se sustenta pelo fato de ter um corpo, e não de ser um corpo (LACAN, 1975-1976/2005).

Lacan apresenta a operação de constituição do corpo atrelada à imagem do eu, utilizando-se dos estudos de Henri Wallon, no trabalho intitulado *Como se desenvolve na criança a noção de corpo próprio*, publicado em 1932 (JORGE & FERREIRA, 2005). Mergulhado na psicologia científica, Wallon debruçou-se sobre o comportamento a fim de estudar a inteligência dos humanos. O estágio do espelho tal como apresentado por Lacan não se refere tanto a uma etapa do desenvolvimento, mas antes a um ato fundamental na constituição do eu, que se dá através da identificação com a imagem do semelhante, como “a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (LACAN, 1949/1998, p.97). Esse momento da identificação, assim nomeado por Lacan, é crucial na vida subjetiva, pois fornece a matriz simbólica na qual o eu se precipita em uma forma primordial, chamada de eu ideal. Nessa imagem onde se reconhece tem-se a imago do corpo próprio.

O estádio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos ortopédica (LACAN, 1949/1998, p.100).

Em trabalhos posteriores, Lacan (1960/1998) se utilizará do esquema óptico, esquema que toma emprestado de Bouasse⁸, para dizer que a pequena criança entre seis e dezoito meses, ao se deparar com a sua própria imagem no espelho, será capturada pela imagem de si própria organizada sob alguns significantes que constituirão a sua subjetividade, numa dupla incidência de imaginário e simbólico. O que Lacan (1960/1998, p.682) afirma, é que tal esquema permite enunciar, de maneira análoga “os efeitos da assunção da imagem especular, tais como supusemos poder interpretá-los no momento jubilatório em que ela é eletivamente observada do 6º ao 18º mês”.

Dessa forma, ao ver sua imagem capturada no olhar do Outro, ato constitutivo do sujeito, revelam-se os significantes primordiais aos quais cada um se identifica, tal como podemos pensar na história de J. Ela era uma mulher de 29 anos, professora de classe infantil, às vésperas de se formar em Pedagogia, ao mesmo tempo em que preparava o enxoval de seu casamento, quando subitamente descobriu um Linfoma de Hodgkin: “*de uma hora para outra eu deixei de ser quem eu era*”. Apesar de concluído o tratamento, e de ter recuperado a beleza, sempre evidente na vaidade com que se apresentava nas consultas, J. insistia em dizer: “*eu me olho no espelho e não me reconheço, essa não sou eu*”. A imagem refletida no espelho, apesar de evidenciar uma pessoa sem nenhum sinal de doença, fazia retornar para ela um estranho. Por que ela não se reconhecia? Em atendimento J. falava sobre uma vida sustentada por uma imagem, e quando essa imagem foi destruída pelos efeitos da doença, não foram somente os cabelos que caíram, mas também os significantes nos quais ela se apoiava para dizer quem ela era: professora, noiva..... Já não era mais nada disso após o tratamento. Não pôde concluir a faculdade com aquela que seria sua turma na formatura; já não era mais noiva, pois o namorado a havia deixado; não poderia retornar tão cedo à sala de aula, para ser a professora dos seus alunos. J. tinha razão, aquela não era ela.

Na experiência de ter um câncer, o sujeito é convocado ao trabalho de luto de uma imagem e de uma vida que já não é mais, lançado na via da reconstrução de uma nova imagem onde se reconheça. Mas evidentemente há um antes e depois, por isso não é possível “voltar a ser o que era antes”. O que Belaga (2006) aponta é que há que se dizer: “aqui

⁸ Lacan fala sobre o esquema de ilusão de ótica do buquê invertido, através do experimento de Bouasse conhecido como *L'Optique et photométrie dites géométriques*, um modelo óptico para abordar o que se passa no momento de constituição do corpo como imagem.

começa outra parte”, e então ajudar esse sujeito a conceber uma outra narrativa. Talvez o trabalho do psicanalista nesse contexto consista em possibilitar a cada sujeito não recuperar o tempo perdido, mas poder reconstruir, a partir do que se perdeu, um novo. O real permanecerá na estrutura do sujeito e será simbolizado sob a forma de furo, da falta, à espera de novos significantes.

Então o corpo parece ser o que se coloca como fronteira entre a medicina e a psicanálise, significante concernido aos dois campos de saber. Abordar a questão do corpo torna-se relevante para o que se pretende com esse trabalho, na medida em que uma doença que incide sobre o corpo não concerne apenas ao orgânico, mas em grande medida ao modo como cada sujeito se identifica com esse corpo afetado pela doença. Em última instância, o sujeito se reconhece através de uma operação simbólica e imaginária. Isso permite entender, por exemplo, quando a paciente diz “*eu me olho no espelho, mas essa não sou eu*”.

O que nos faz indagar de que evidência se trata, por exemplo, ao escutarmos “*meu médico não acredita que eu sinto dor, mas é verdade, eu sinto*”. Se isso que é nomeado pelo sujeito como mal-estar não encontra lugar, inscrição, no discurso da medicina, porque não pode ser evidenciado pelos meios e técnicas que este saber dispõe, pode ter lugar para o psicanalista. Entre a medicina e a psicanálise há um mal-entendido que não pode ser suturado. Segundo Goldenberg (2015, p.94), o espaço entre médico e psicanalista é um espaço a ser inventado, pois “ao escutar cada paciente, nos encontramos com os objetos que são irreduzíveis aos parâmetros científicos atuais, e é de onde o psicanalista pode dizer e fazer algo via enunciação do sujeito, e seu saber que não sabe que tem”.

Se o corpo é o que faz fronteira entre psicanálise e medicina, cabe trazer algumas considerações sobre o conceito de sintoma, pois parece ser aí que reside o que Lacan (1966/2001), em *O lugar da psicanálise na medicina*, denominou de “falha epistemo somática”. Note-se que esse mal-entendido parece concernir ao corpo; ao contrário do que se pensava, o corpo está totalmente implicado na nova ciência denominada de psicanálise.

1.3 De que (m) se trata no hospital: o sintoma entre medicina e psicanálise

A noção do sintoma como resultado de um trauma psíquico aparece na obra freudiana nos *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895/1992). Como já apresentado, Freud fez uso do método catártico, através do estado hipnótico, nos primeiros anos de sua prática. Mas foi

durante o tratamento de uma de suas pacientes, conhecida como Emmy Von N, que a palavra da paciente surge fazendo Freud se questionar quanto ao método da hipnose. Essa paciente de 40 anos, que adoece após a morte do marido, quando era ainda muito jovem, sofria de dores no corpo e de fenômenos aparentemente alucinatórios, que Freud descreveu como delírios histéricos. No momento em que tentava hipnotizá-la, ela repetia a frase “Fique quieto! Não fale! Não me toque!” (FREUD, 1893-1895/1992, p.74). Quando indagada sobre essas advertências que sempre se repetiam, ela explica que toda vez que tinha pensamentos angustiantes temia ser interrompida no curso de suas ideias, porque então tudo ficava confuso e se tornava ainda mais penoso (idem, p.78). Aos poucos, o método com o qual Freud iniciava o tratamento de suas pacientes ia caindo por terra, permitindo uma importante virada, o passo que seria decisivo para uma nova ciência dos processos psicológicos.

Foi com outra paciente, Elizabeth Von R, uma jovem de 24 anos que também se queixava de dores nas pernas e dificuldade para andar há mais de dois anos, que Freud anunciava a regra fundamental da psicanálise, pedindo que a paciente falasse tudo que lhe viesse à cabeça, ainda que lhe parecesse sem propósito, anunciando, sem saber, o que ficaria para sempre como a regra fundamental do tratamento psicanalítico, como na citação abaixo:

Com este fim me propunha a colocar a doente em hipnose profunda. Mas, por desgraça, percebi que nenhum dos procedimentos que eu possuía para esse fim a levava a um estado de consciência diverso daquele em que me havia feito sua confissão. Só me deixou animado, contudo, o fato de que desta vez me dissera com ar triunfante: “Veja, não estou adormecida, não pode me hipnotizar”. Nesse momento me ocorreu aplicar aquele artifício de pressionar com minha mão sobre sua cabeça [...]. O fiz convidando a paciente a comunicar-me tudo o quanto, no momento da pressão, emergisse em sua visão interior ou fosse recordado. Permaneceu calada por algum tempo e logo confessou haver pensado em certo entardecer no qual um jovem a acompanhou à casa depois de uma reunião social, a conversa que houve entre os dois, e as sensações que teve logo que voltou para casa para cuidar de seu pai (FREUD, 1893-1895/1992, p.160).

Nascia, assim, a regra fundamental da psicanálise, a associação livre,

Assim, nesta primeira análise completa de uma histeria que eu empreendera, cheguei a um procedimento que logo elevei à condição de método, e introduzi com consciência de minha meta: a remoção do material patógeno, camada por camada, que de bom grado costumávamos comparar com a técnica de exumação de uma cidade enterrada (FREUD, 1893-1895/1992, p.154).

Ao abandonar a hipnose, Freud (1910/1992) deparou-se com um importante fator, a “resistência”, chegando mesmo a pensar no arrependimento por ter abandonado tal método. Pensamentos “despropositados”, que aparentemente não possuíam nenhuma relação ou importância com a queixa da paciente, ou falas do tipo “não ter nada a dizer” eram os

primeiros obstáculos que apareciam na fala livre do doente.

O que essas pacientes não sabiam é que, com seu ato, o de calar o médico em seu lugar de dizer sobre seus sintomas, mudariam definitivamente o destino de uma terapêutica até então sustentada no lugar e na palavra do médico. Quinet (2005) aponta para a importância dos estudos sobre a histeria, na medida em que fornecem as ferramentas principais para elaboração de uma nova ciência dos fenômenos psíquicos, afirmando:

A psicanálise é tributária da histeria, histórica e estruturalmente, pois ela nos entrega de bandeja o funcionamento inconsciente, a origem sexual dos sintomas, o corpo como a cena de gozo e a transferência amorosa e passional com o outro do saber: o médico, o analista, o mestre, o professor (QUINET, 2005, p.110).

O sintoma histérico passava a ser explicado como o resultado do recalçamento de uma ideia erótica, cujo afeto ligado a essa representação é deslocado para o corpo e transformado em sensações desprazerosas de dor (FREUD, 1893-1895/1992). O caminho percorrido por Freud indicava que toda vez que uma lembrança ascendia à consciência, a dor de sua paciente histérica era acionada, o que o levou a concluir que as recordações esquecidas não haviam se perdido. Através da paciente Elizabeth Von R, Freud se dava conta de que o material recalçado apontava para um conflito psíquico, entre o seu desejo erótico em relação a um rapaz e suas obrigações como enfermeira do pai. Era no caráter intolerável desse conflito que Freud via a razão para que a “dor da alma” (de algo que não pode ser realizado) se transformasse em dor física. O sintoma assim ganhava uma íntima relação com o desejo sexual, o que será formulado em trabalhos posteriores como em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, onde Freud (1905b/1992, p.148) afirma: “os sintomas são a atividade sexual dos doentes”.

Em 1905, no Caso Dora, apresentado em *Fragmento da análise de um caso de histeria*, Freud (1905a [1901] /1992) apontava que o trauma psíquico era a condição prévia indispensável para a gênese do sintoma na histeria. Advertiu-nos, no entanto, de que a determinação do sintoma pelo trauma psíquico não é sempre tão clara, sendo muitas vezes possível encontrar apenas uma relação “simbólica” entre a causa determinante e o sintoma. Esse foi o momento em que Freud se deparava com a transferência no tratamento, e mais propriamente a transferência negativa responsável pela interrupção de Dora em sua análise com Freud.

No tratamento de Dora, considerado por Freud o primeiro tratamento psicanalítico conduzido por ele, ainda que pelo curto período de três meses, vemos o autor levantar a questão de saber se os sintomas na histeria são de origem psíquica ou somática, adiantando-se

em responder “até onde posso ver, todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados” (FREUD, 1905a[1901] /1992, p.37). Freud reconhecia como fator preponderante na histeria o que ele nomeou de “complacência somática”⁹, uma espécie de facilitação pelo corpo, seja pela erogeneização de uma determinada zona do corpo – um processo normal – seja por um processo patológico, no interior de um órgão desse corpo. A complacência somática seria a facilitação responsável por proporcionar aos processos psíquicos inconscientes uma saída pela via corporal.

Através de suas pacientes, Freud chegava à conclusão sobre o fenômeno psíquico que determinava a conversão histérica, como um sintoma resultante da passagem, do deslocamento de uma energia ou afeto, do domínio do psíquico para um outro, o corpo, o somático (DAVID-MENARD, 2000). Era o corpo sendo apresentado para além do funcionamento de um conjunto de órgãos e sistemas, uma história que podia ser contada pelo que o corpo manifestava: “na emergência do corpo-prazer, interpretado, narrado e vivido na transferência, a dor está sempre presente, mas ela muda de sentido” (idem, 2000, p.31).

O que se inaugura com a descoberta freudiana, então, é a apreensão do sintoma não como fenômeno puramente orgânico, mas como uma inscrição de uma marca psíquica em um corpo erógeno. O sintoma passa a ser compreendido como

[...] uma transcrição, por assim dizer, de uma série de processos anímicos investidos de afeto, desejos e aspirações aos quais, em virtude de um particular processo psíquico (*o recalque*), se lhes é negado o acesso à sua tramitação em uma atividade psíquica suscetível de consciência (FREUD, 1905a [1901] /1992, p.148).

Nota-se assim a importância e a inclusão do corpo, desde sempre em Freud, desde os primórdios de sua obra. Para David–Menard (2000, p.39), a origem da psicanálise na histeria “consiste nesta relação atenta de um sujeito com seu corpo”, onde o que se desenrola no corpo substitui um discurso impossível de articular. É com as históricas que Freud dá ao corpo outro estatuto, o de um corpo pulsional, e com isso, definitivamente, corpo e organismo não podem mais coincidir. O que queremos apontar é que ainda que o biológico esteja presente, a maneira como ele é marcado na relação do sujeito com o mundo, na entrada no mundo simbólico, faz com que já não se possa falar de um corpo natural, biológico, pois a linguagem o desnaturaliza. E é nisso que consiste o trabalho do psicanalista no hospital, escutar sobre os efeitos de ter um corpo, e uma doença sobre esse corpo, na medida em que o corpo “é o meio privilegiado da expressão do sofrimento no hospital” (MORETTO, 2019a, p.59).

⁹Esse é um termo utilizado na tradução para o português (1996, p.47; 2016 p.216), mas a expressão que aparece na edição em espanhol da *Amorrortu* é “*solicitudación {transacción} somática*”(Freud, 1905a[1901]/1992, p.37).

Podemos localizar na conferência intitulada *O sentido dos sintomas* (FREUD, 1916-1917/1991) um importante e decisivo lugar que Freud dá aos sintomas ao afirmar que estes possuem um sentido e uma conexão com a vida de quem os produz, reafirmando o caráter singular do sintoma. Tal afirmação marca a diferença entre o sintoma para a medicina, que funciona na lógica do universal e que é visado como problema a ser eliminado; e o sintoma para a psicanálise, pelo qual temos acesso ao sujeito. Como aborda Belaga (2015, p.60) a contribuição freudiana sobre o sintoma incide justamente sobre o particular, “que implica um sentido com uma intenção, uma intencionalidade inconsciente, e um sentido libidinal que será o suporte do ser do sintoma”. O sintoma, aquilo do qual o paciente padece, portanto, não é sem relação com a maneira de ele fazer laço, de estar na vida.

A última elaboração freudiana sobre o sintoma aparece no texto *Inibição, Sintoma e Angústia*, no qual Freud (1926b/1992, p.87) escreve “é um indício e um substituto de uma satisfação pulsional que foi interceptada, resultado do processo de recalçamento”. A pulsão, que em Lacan (1964/1998) pode ser lida como gozo, como aquilo que insiste, é o que permite a leitura do sintoma na sua dupla dimensão de prazer e sofrimento. Em outras palavras, também como afirma Belaga (2015, p.44), o estilo de vida de cada um é o que também pode ser traduzido como “um modo de gozar não totalizável, cuja singularidade contempla o diagnóstico de parceiro-sintoma”.

No hospital, e mais especificamente em um hospital oncológico, o sintoma tem outro significado, ele é sinônimo do mau funcionamento do organismo, exigindo do saber médico uma resposta sobre a causa e a cura. O foco se dirige para a doença, na medida em que é o que impede o funcionamento normal desse organismo. O corpo doente é tomado como objeto de intervenção do médico, e a doença precisa ser eliminada, uma questão de vida ou morte.

Segundo Freud (1916a/1991), a medicina se contenta com o diagnóstico e o prognóstico. Em conferência sobre Autismo e Política, Éric Laurent (2015) abordou a questão da medicina e a importância dos diagnósticos para o acesso às diferentes políticas e programas assistenciais. O que ele apresenta é que é desejável que o médico produza um diagnóstico, uma nomeação para que o indivíduo consiga acessar as políticas públicas de saúde. Todos nós nos servimos disso, dessa nomeação, necessária para repartir os direitos e deveres, para ter acesso aos dispositivos de saúde, essa é a linguagem da burocracia. Assim ele afirma:

Do ponto de vista dos usuários, um diagnóstico é um *empowerment*, é um poder, é uma chave de acesso efetivamente a recursos que, se não há essa nomeação, não há acesso. Então no séc. XXI estamos mais, com certeza, em distribuir os diagnósticos,

porém acrescentamos: o diagnóstico mais a singularidade (LAURENT, 2015).

Não é a doença o que visa o psicanalista, quando convocado a esse campo, mas sim o sujeito, o que evidencia, como vimos, um “mal entendido primordial”, pois o protocolo e o lugar de saber que o hospital representa não dão conta da subjetividade de quem adoece (ANSERMET, 2014, p. 4). Não foi esse mal-entendido que Freud constatou ao escutar suas pacientes? Uma dor que não podia ser explicada pela medicina?

O que se apreende desse movimento decisivo de Freud junto à ciência, e que segundo Moretto (2019) é o ponto onde podemos localizar também o passo decisivo que possibilitou fundar um novo campo epistemológico, é que Freud não recusa o corpo biológico, mas separa as dimensões do corpo, ao desvincular a histeria do campo da doença orgânica, conferindo-lhe um corpo afetado pelo pulsional. As pulsões, afirma Lacan (1975-1976/2007, p.18) “são, no corpo, o fato de que há um dizer”, e é neste dizer que o psicanalista está interessado. Segundo Jorge e Travassos (2018, p.20), “há uma distância impossível de ser preenchida entre o sujeito e seu corpo e, sendo assim, o corpo en-cena e en-carna os dramas subjetivos concernentes aos conflitos psíquicos que não puderam ser simbolizados através da palavra”.

Assim, podemos avançar e dizer que o ato fundamental de Freud, de tomar o sintoma em seu valor de linguagem, dotado de sentido e satisfação pulsional, ato de se deslocar do lugar da palavra do médico, foi o que permitiu abandonar sua posição de mestre – no ato mesmo em que abandona a hipnose – apostando na palavra e na fala do paciente: “colocava-se a tarefa de saber do doente algo que não se sabia, nem o próprio doente” (FREUD, 1910 [1909] /1992, p.19). Esse deslocamento fazia surgir o analista no lugar de médico, possibilitando a emergência do sujeito, em um lugar antes ocupado pelo saber médico. Alberti (2008, p.157) localiza aí justamente a “primeira contribuição do analista no trabalho no hospital: a de lembrar à medicina que os pacientes ali não são objeto de intervenção clínica, mas sujeitos – com toda divisão que este termo comporta em psicanálise. Abandonar a mestria pode-se dizer, foi um verdadeiro passo de mestre.

1.4 Psicanálise: uma psico-terapia?

Em que consiste a psicanálise no hospital? Sabemos não se tratar de análises levadas a termo, que Lacan nomeou como a psicanálise pura (1964/2003). Também não se trata, tampouco, na prática da psicanálise em hospital, de simples aplicação da teoria. Quanto a isso

Lacan já alertava que a psicanálise não é uma terapêutica como as outras, e não basta estar “recheado de conhecimentos psicanalíticos” para ser denominado como tal, o que nesse caso não seria mais do que uma psicoterapia (LACAN, 1955/1998, p.326). Do que se trata então? No posfácio de *A questão da análise leiga* (1926/2019, p.293), Freud já apontava para a utilização da psicanálise para “fins médicos”. Com Lacan encontramos a indicação de uma psicanálise aplicada, no que ela significa de terapêutica (1964/2003). Vejamos então em que bases se dá essa distinção.

Em um dos artigos sobre a técnica, Freud (1913c/ 2019) falava da importância de algumas condições para que o tratamento psicanalítico acontecesse. Entre elas aparece a questão do tempo, do dinheiro, e do divã, coordenadas que vieram a constituir o que ficou conhecido como *setting* analítico, o enquadre do tratamento psicanalítico. Como já abordado anteriormente, se Freud nos forneceu as bases para uma nova prática clínica, isso não significou um engessamento da mesma, chegando mesmo o pai da psicanálise a apontar para “a tarefa de adequar a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 1919[1918] /2019, p.202), às novas aplicações, incluindo as instituições no futuro. Esse tempo não tardou em chegar.

Marie-Hélène Brousse (2008) lembra que a psicanálise que nasce no divã com Freud foi, em pouco tempo, estendida às instituições no pós-guerra, com particular atenção dirigida às crianças. Com Lacan, a psicanálise se desloca do *setting* para a função, uma operação lógica, um lugar que é efeito da análise do analista, o que o autoriza a sair do consultório para outros contextos (DECAT, 2011). Esse deslocamento permite dizer que o lugar de analista se sustenta numa discursividade, não em um *setting*, ponto esse que será retomado no próximo capítulo, contrastando com a ideia de aplicação da teoria na prática, que não é suficiente para que se possa falar de um ato analítico. Dessa forma, a efetividade do discurso analítico, está situada mais do lado da surpresa, do que não pode ser calculado *a priori*, do que garantido no saber dos livros e na aplicação de condutas que visam a um resultado esperado, abrindo a discussão para a questão da psicanálise aplicada, tal como referida por Lacan (1964/2003). Mas precisamos antes percorrer certo caminho.

Ao retornar ao texto de Freud, *Caminhos da Terapia Psicanalítica* (1919[1918] /2019), nos deparamos com as indicações quanto às inovações clínicas, movimento apontado pela escolha da palavra “caminhos” no título desta nova edição das obras de Freud (IANNINI & TAVARES, 2019). O caráter de obra inacabada, ou incompleta, sempre esteve presente nos textos freudianos, o que permite a abertura e a tarefa de pensar a técnica psicanalítica nas novas condições em que se fizer presente, sem, contudo, se afastar do material que lhe é mais

precioso, e que ele denomina de “ouro puro da psicanálise” (FREUD, 1919[1918] /2019, p.202). Parece aí deixar indicado o material do qual nos ocupamos ao afirmar: “seja de que forma essa psicoterapia para o povo se configure, ou de que elementos ela se constitua, as suas partes mais eficazes e importantes certamente serão aquelas emprestadas da psicanálise propriamente dita, livre desta ou daquela tendência” (FREUD, 1919[1918] /2019, p.202).

Jorge (2017) lembra que, se Freud utilizava o termo psicoterapia em seus textos, é porque ele sabia ser a psicanálise a primeira psicoterapia de cunho propriamente científico. Há, no entanto, um cuidado em Lacan (1967-1968), assim como em outros psicanalistas, quanto ao rigor em se definir o que é a clínica psicanalítica naquilo que a diferencia das psicoterapias. O fato de a psicanálise ser aplicada à terapêutica não a faz se confundir com uma psicoterapia, e Lacan trata dessa questão no Seminário *O ato psicanalítico* (1967-1968, inédito), quando coloca a pergunta do que é a psicanálise. Cabe lembrar que esse Seminário é quase simultâneo à *Proposição de 9 de outubro de 1967*, quando Lacan aborda o estatuto do psicanalista da Escola, colocando inexoravelmente a definição da psicanálise na dependência de que haja psicanalista.

Nesse Seminário, Lacan explora os termos que constituem a palavra psicoterapia separando “psico” e “terapia”, para chegar àquilo que a diferencia, de uma vez por todas, da psicanálise. O prefixo “psico” refere-se à psicologia, campo vasto e de limites incertos, cuja definição “está sempre sujeita a alguma contestação”, definida em oposição a outros saberes (por exemplo, o que não é orgânico; o que não é coletivo, etc.); já “terapia” guarda relação com ‘sugestão’, “ação de um ser em relação a outro” (LACAN, 1967-1968, inédito, p.215). Parece se localizar aí a marca fundamental que distingue a psicanálise de uma psicoterapia, isto é, o lugar da sugestão. Quanto a isso, cabe retornar a Freud (1905c [1904] /2019) em um de seus artigos sobre a técnica, onde ele compara a técnica da psicanálise à técnica de esculpir; em contraposição à técnica da sugestão, comparando-a a pintura. Assim ele afirma:

Entre a técnica sugestiva e a analítica há o maior contraste, aquele contraste que o grande Leonardo da Vinci condensou para as artes nas fórmulas *per via di porre* e *per via di levare*. A pintura, diz Da Vinci, trabalha *per via di porre*; é que ela coloca montinhos de tinta onde eles antes não existiam, na tela sem cores; a escultura por sua vez procede *per via di levare*, já que retira da pedra o necessário para revelar a superfície da estátua nela contida (FREUD, 1905c [1904] /2019, p.67).

O termo “psicanálise aplicada” foi apresentado por Lacan (1964/2003) em seu *Ato de fundação*, ato que fundou a Escola Freudiana de Paris, na qual constituiu três seções: seção de psicanálise pura, seção de psicanálise aplicada, e seção de recenseamento do campo

freudiano. Ele refere-se à seção de psicanálise pura como a “*práxis* e a doutrina da psicanálise propriamente dita, que não é nada além – o que será estabelecido no devido lugar – da psicanálise didática” (LACAN, 1964/2003, p.236). Concerne à questão da formação do analista, colocando seu rigor na supervisão permanente, na medida em que a psicanálise tenha efeitos sobre “toda e qualquer prática do sujeito”, e no desejo de ser analista (idem, 1964/2003, p.241). Ainda nesse texto, afirma Lacan (idem, p.240) que “a psicanálise se constitui como didática pelo querer do sujeito, e que ele deve ser advertido de que a análise contestará esse querer, na medida mesma da aproximação do desejo que ele encerra”. A seção de psicanálise aplicada, por sua vez, refere-se ao que essa “significa de terapêutica e de clínica médica” (p.237), concernindo à prática da experiência psicanalítica que inclui. É curioso e intrigante observar as palavras utilizadas por Lacan “terapêutica e clínica médica”, nos fazendo talvez pensar no quanto a medicina pode se beneficiar da psicanálise em sua terapêutica. E, por fim, a seção de recenseamento do campo freudiano, que “assegurará o levantamento e a censura crítica de tudo o que é oferecido nesse campo pelas publicações que se pretendem autorizadas por ele” (p.237).

Miller (2017a) também aborda a questão da psicanálise e da psicoterapia, ao dizer que o embate que nos interessa não é entre a psicanálise pura e a psicanálise aplicada, mas sim “aquela que mistura, em nome da terapêutica, o que é psicanálise e o que não é” (MILLER, 2017a, p.3), enfatizando que a psicanálise aplicada à terapêutica seja psicanálise e seja reservada ao psicanalista.

Segundo Brousse (2008), o termo psicanálise aplicada articula-se com a psicanálise pura numa referência ao modelo das ciências, um modelo de binômios e oposições: ciência pura versus ciência aplicada. A esse binômio, Brousse acrescenta alguns outros, como por exemplo: psicanálise de consultório versus psicanálise em instituição; psicanálise versus psicoterapia; psicanálise verdadeira versus psicanálise falsa. A autora enfatiza ainda a importância de se defender a psicanálise verdadeira como aquela que inclui a pura e a aplicada, na medida em que seu método conserve a mais pura psicanálise, fiel ao legado freudiano, seja nas instituições, seja no consultório. Portanto, a psicanálise aplicada não está em oposição à psicanálise pura, mas sim é dependente desta, na medida em que, para que haja a psicanálise aplicada é preciso que haja o psicanalista.

Em 1967, ao escrever a *Proposição de 9 de Outubro sobre o psicanalista da Escola*, Lacan se refere a dois novos termos: psicanálise em intensão e psicanálise em extensão, para cernir o que é um analista. Como dois lados de uma mesma superfície, ou como no funcionamento de uma dobradiça, metáfora utilizada por Lacan, o que se apreende da

proposição lacaniana é que não se trata de uma coisa ou outra, mas sim da dependência intrínseca de uma em relação à outra. Cito-o: “psicanálise em extensão, tudo o que resume a função de nossa escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e a psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (LACAN, 1967/2003, p.251).

Talvez essa possa ser tomada como a chave de leitura da própria contribuição freudiana, a de que o analista está o tempo todo referido a outro discurso, que não o do saber, mas o de sua própria análise, ou seja, da sua transferência a um sujeito suposto saber. Retornaremos a essa questão no terceiro capítulo dessa tese. Por ora, o que queremos enfatizar, retornando ao ponto do qual partimos nessa escrita, é aquilo que diferencia o ato analítico de qualquer outro que não esteja sustentado pela experiência analítica, ainda que em referência a ela.

Como vimos até aqui, à medicina é demandado um saber que oriente o tratamento na direção de recuperar um estado de saúde prévia, retornar a um estado anterior, tendo em seu horizonte a cura. Quanto a isso Lacan (1955b/1998, p.327) lembra que em psicanálise a cura vem como um “benefício adicional do tratamento psicanalítico”, por acréscimo, ela não é visada de partida pelo psicanalista. Tal questão o coloca, de certa forma, como estrangeiro nesse campo onde a palavra de ordem é a cura ou os resultados que possam ser previstos, demonstráveis em sua eficácia. Parece então ser nesse sentido que Lacan (1966/2001) propõe o lugar da psicanálise no campo da medicina em termos de “extraterritorialidade”, “ao qual é tão impossível ao psicanalista renunciar quanto o é não negá-lo: o que o obriga a colocar qualquer validação de seus problemas sob o signo do duplo pertencimento” (LACAN, 1955b/1998, p.327). É diante desse cenário que o psicanalista está na instituição, e cabe a este não negá-lo, mas antes estar ali na tentativa de subvertê-lo. Segundo Belaga, Sotelo e Leserre (2015, p.274), conforme estudo realizado em hospital na Argentina¹⁰, “a eficácia psicanalítica se enquadra nas metas que lhes são próprias, que não respondem nem se reduzem a um ideal de cura. No entanto, isso não implica que não se produzam efeitos terapêuticos”¹¹ (tradução nossa). Tal estudo demonstra de que maneira o psicanalista pode estar na instituição, com sua demanda por resultados, cujo significante que comanda é o da avaliação, sem recuar de seus princípios e de sua ética.

Muitas vezes, é sobre o que fica como resto, do que se opera como ideal de cura, que

¹⁰Hospital Central de San Isidro – Argentina

¹¹*La eficacia psicoanalítica se enmarca en las metas que le son propias, que no responden ni se reducen a un ideal de cura. Sin embargo, esto no implica que no se produzcan efectos terapéuticos.*

nos ocupamos enquanto psicanalistas no hospital. Como certa vez ouvi de um paciente que se queixava de dor de cabeça há meses, já tendo passado por várias especialidades médicas “*Doutora, eu vim porque o doutor disse que eu não tenho nada, que meu problema é psicológico... já passei por cardiologista, pelo otorrino, pelo neurologista, e nada. Só me restou vir aqui*” (grifos nossos). É com o que escapa ao saber médico, com o que resta do tratamento médico, com o real que não cessa de não se escrever (LACAN, 1972-1973/1985), que nos deparamos. Ainda como afirmam Belaga et al (2015, p.264), nessa vereda da psicanálise “temos realizado essas investigações não com o objetivo de calcular um real – cálculo impossível – já que é contingente, e sim que justamente pretendemos demonstrar que há algo que escapa ao saber científico pré-estabelecido com seu cálculo de probabilidades”.

Lacan (1967-1968, inédito) coloca então, de maneira definitiva, que é no ponto mesmo de impossibilidade em retornar ao estado anterior, que encontramos o que separa a psicanálise da psicoterapia, no sentido dessa última ser caracterizada por estabelecer esse retorno. Talvez possamos apontar para esse ponto o que separa o ato médico do ato analítico. Na experiência psicanalítica é de outra coisa que se trata. Para finalizar esse capítulo, recorreremos a um fragmento clínico sobre uma jovem de 23 anos que estava em sua primeira internação após o diagnóstico de uma leucemia aguda. Ainda em momento em que tudo se colocava como novo, súbito, e estranho, tendo sido “*arrancada*” de sua rotina de vida (morava sozinha em outra cidade, tinha uma grande rede de amigos, trabalhava e fazia faculdade de Farmácia, prestes a iniciar um estágio nessa que seria sua profissão), ela dizia: “*eu só quero a minha vida de volta*”. A vida é mais do que os parâmetros vitais podem medir, pois o que dá a medida de uma vida é o que pode ser relatado como vivido, e é isso que faz do acontecimento uma experiência singular (MORETTO, 2013). Era nisso tudo, em uma rotina repleta de relações e movimentos, que consistia sua vida, sua existência. Pouco tempo depois, cerca de duas semanas após iniciado seu tratamento, ainda internada, ao retornar à enfermaria para saber como ela estava, algo parecia ter mudado, pois escutávamos dela: “*eu não sei o que será de mim quando sair daqui, mas a única coisa que eu sei é que não quero mais a vida que eu tinha antes*”. O que havia mudado para ela?

A lógica de um antes e um depois interessa a Lacan (1967-1968, inédito) no Seminário *O ato psicanalítico*, quando ele traz o exemplo da travessia de César no Rubicão¹². O Rubicão representa o limite que após ser atravessado muda a categoria daquele que o atravessou –

¹² O Rubicão é um pequeno rio na Itália que separa Roma de uma pequena província, e que foi cenário de um importante e decisivo passo na história do império romano, ao ser atravessado por Julio Cesar e sua tropa, o que desencadeou uma guerra civil, considerado um passo radical e sem possibilidade de retorno. No momento da travessia Julio César o faz com a frase *alea jacta est*, que significa “a sorte está lançada”.

aquele general passara, com seu ato, de republicano a rebelde, à categoria de inimigo. Graciela Brodsky (2004) descreve esse ato como um salto, algo que não exige gasto físico, mas que se mede pelas coordenadas simbólicas. É isso que o configura como um ato. Nesse sentido, o ato transgride, supera as normas. No ato de atravessar o Rubicão, algo foi ultrapassado, César “não é mais o mesmo” (BRODSKY, 2004, p.17). Não há como retornar ao ponto de partida. Nesse sentido, como afirma Lacan (1967-1968, inédito, p.78), “é concebível que o ato constitua um verdadeiro começo... é claramente aí que reside sua verdadeira estrutura”.

Definitivamente o que a psicanálise nos ensina é que retornar ao momento anterior já não é possível. Nisso se constitui por excelência o ato psicanalítico, um ato que depois de instaurado não permite voltar ao início (LACAN, 1967-1968, inédito). Por isso os efeitos desse ato só podem ser recolhidos num tempo depois. Aliás, Freud (1912/2019, p.94) já afirmava: “não nos esqueçamos de que em geral ouvimos coisas cuja importância só se revelará *a posteriori* [*nachträglich*]”, e a presença do psicanalista na cena hospitalar pode dar testemunho disso. Então, como afirma Moretto (2019a, p.54), se a psicanálise tem um lugar na medicina é porque “os efeitos do discurso analítico verdadeiramente lhe interessam”.

Nesse ponto talvez possamos nos indagar se não seria justamente esse efeito “de antes e depois” o que a escuta analítica introduz no hospital, na contramão da ideia do restabelecimento que é visado na medicina. O que a prática em hospital ensina é que ser fiel aos fundamentos da psicanálise não significa ter uma prática *standard*. Uma prática *standartizada* é aquela que preza o enquadre, a repetição do mesmo, como forma de prevenir ou evitar a surpresa. Se o que estava em questão para Freud era o lugar do paciente e seu lugar, como analista, lugar outro, o que veio a ser caracterizado como o *setting* psicanalítico, Lacan tomará esses lugares como discursos, e “dessa forma, a análise acontece passando do *standard*, enquanto necessário, ao ato analítico, enquanto, contingente” (VICENTE, 2004, p.2).

Advertidos pelo fato de que a prática da psicanálise no hospital se dá, por exemplo, na maior parte do tempo atravessada pelos procedimentos médicos e de enfermagem, ou que o tratamento pode ser interrompido antes de alguma conclusão, a questão que se coloca é como sustentar uma prática que possa ser designada como psicanalítica. Ou melhor, o que faz da prática da escuta uma prática psicanalítica? É necessário dizer em que consiste o ato analítico em uma instituição marcada pelo empuxo ao saber e ao atendimento da demanda. Nesse sentido Cottet (2005, p.33) afirma que “no hospital há psicanalistas e psicoterapeutas”, pois, ao contrário do psicanalista, aquele que exerce a psicoterapia acredita que tem condições de

dar o que o sujeito demanda, e que se sustenta no ideal de fazer o bem. O que os casos clínicos vêm testemunhar é que, nem por isso, isto é, pelas condições da instituição, o ato analítico tem menos valor.

Orientados pelos fundamentos da psicanálise, e pelo que Lacan nos oferece quanto à prática psicanalítica em diferentes campos, devemos estar advertidos que a psicanálise está em meio a posições discursivas distintas. Moretto (2019a, p.47) afirma que “é na sustentação destas diferenças discursivas entre psicanálise e a medicina que Freud localiza as condições de possibilidade de abertura para as conexões produtivas entre os dois campos”. O caso clínico é, assim, por onde a medicina e psicanálise podem dialogar. A questão é como dialogam, pois, se a medicina se ocupa do *que* se trata, apontando para uma interrogação acerca da doença, objeto visado no tratamento médico; preferimos interrogar, junto com Freud, de *quem* se trata, apontando aí para a existência de um sujeito, para além do corpo doente.

2 O PSICANALISTA NA EQUIPE MULTI: UM SABER A MAIS?

Existe saber no real. Ainda que, este, não seja o analista que tem de alojá-lo, mas sim o cientista. O analista aloja um outro saber, num outro lugar, mas que deve levar em conta o saber no real. O cientista produz o saber a partir do semblante de se fazer sujeito dele.

Lacan, 1974

Neste capítulo pretendemos discutir acerca de alguns significantes que são comuns à prática hospitalar, e suas implicações no trabalho do psicanalista. Para melhor entendimento separaremos por subcapítulos nos quais abordaremos: o saber do psicanalista no hospital; a relação entre psicanálise e ciência em Freud e Lacan; e os efeitos da prática analítica no hospital, naquilo que podemos identificar como a efetividade da escuta analítica. A discussão se dará através de fragmentos clínicos que serão aqui apresentados, visando investigar o que tem efeitos no tratamento a partir da presença do psicanalista no âmbito do hospital.

No que se refere à questão do saber, percorreremos agora os Seminários de Lacan *De um Outro ao outro* (1968-1969) e *O avesso da psicanálise* (1969-1970), já à luz do Seminário sobre *O ato psicanalítico* (1967-1968), ao qual retornaremos no capítulo final. Buscaremos, assim, tratar a questão do saber, que permitirá buscar as bases que possibilitem verificar de que lugar se trata para o psicanalista no hospital.

2.1 O lugar do psicanalista no trabalho multi-disciplinar

No cenário do hospital é comum, e até mesmo esperado, que em torno do paciente trabalhem diferentes profissionais, cada um com seu aporte teórico e saber específicos, com o objetivo de restaurar a saúde e o bem-estar do indivíduo acometido por uma doença. A instituição demanda que cada profissional, em sua especialidade, ofereça o seu saber, e seu conhecimento técnico, para contribuir no tratamento, seja ele curativo ou não. Assim, quanto mais especializados forem os profissionais, mais capacitados estarão para responderem a tais demandas.

Nesse sentido, a maior ou menor eficiência do tratamento parece estar diretamente relacionada ao saber acumulado, e conseqüentemente, o ato de tratar dependeria diretamente desse saber, sendo isso o que permite identificar tal profissional que se encarrega do tratamento como especialista. Notamos, então, a existência de uma relação entre o saber e o ato. Pretendemos abordar, ao longo desse capítulo, de que lugar se situa o psicanalista na equipe, e sua relação com o saber, para chegar à questão do ato analítico.

De maneira idealizada, uma equipe multidisciplinar, ou multiprofissional, é pensada como o encontro de várias áreas do conhecimento, visando uma abordagem complexa das diferentes demandas de saúde do paciente, atendendo ao princípio da integralidade do cuidado. A palavra integralidade nos remete à ideia de totalidade, fazendo alusão a um somatório de campos que não deixa espaço para o vazio. Assim, a equipe composta por diferentes categorias profissionais seria aquela capaz de dar conta de todas as necessidades e demandas do indivíduo, onde nada faltaria. Sabemos, contudo, que o sujeito da psicanálise não é o indivíduo da totalidade. O que a psicanálise designa como sujeito é o sujeito em sua divisão estrutural, marcado por uma estrutura de falha desde o início.

Nessa concepção de integralidade, o trabalho em equipe poderia ser definido como um “somatório de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital” (CECÍLIO & MERHY, 2003, p.2). Cabe dizer que a noção de sistema feito para funcionar de forma articulada, traz implícita a ideia de funcionamento harmonioso entre as partes, “cada qual com a sua função, que contribua para o bom funcionamento do todo” (p.4). Essa definição parece traduzir o que ouvi certa vez de outro profissional da equipe no hospital, que ressaltava o valor das reuniões e das discussões de caso, pois isso possibilitava “falar a mesma língua, ter o mesmo discurso” e assim não haveria margem para a dúvida, ou a falha.

Tomamos as contribuições de Merhy e Franco (2009) para pensar o trabalho em saúde, naquilo que ele comporta de ato, uma vez que o trabalho de fazer ou produzir algo combina o trabalho em ato do trabalhador. O que esses autores denominam de “trabalho vivo em ato” é propriamente o que define o trabalho em saúde, na medida em que a produção do cuidado está diretamente relacionada àquele que está ali, em ato, isto é, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY & FRANCO, 2009, p.282).

Compartilhamos a ideia de que o cuidado é visado por todos. Na melhor das hipóteses, além do médico e do enfermeiro, outros profissionais – tais como nutricionista, assistente

social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico – formam o “multi” de uma equipe, cada um com o seu instrumento para tratar, a partir de um conhecimento técnico prévio. Para o paciente, é comum se dizer “satisfeito” já que mais profissionais se apresentam para atendê-lo. Sabemos, contudo, que a lógica do somatório de saberes que visa a responder às demandas do paciente e da instituição não responde, ainda assim, ao mais singular de cada paciente. Como acompanhamos no capítulo anterior, a subjetividade está no que escapa aos procedimentos e padronizações da instituição, e, como lembra Moretto (2001, p.28), “o caminho da cura analítica não propõe a integração do sujeito que é, estruturalmente, dividido”.

Mas e o psicanalista, qual é a sua especificidade? Sabemos que o ato de ouvir a queixa não é exclusividade do psicanalista. Então qual é a especificidade de seu ato? Ou seja, o que é que dá à escuta do psicanalista o seu efeito de ato? Pensar o trabalho do psicanalista na equipe implica a sustentação de um lugar esvaziado de tecnologias e instrumentos *a priori*. Sustentar esse vazio, espaço que se abre entre um e outro, permite pensar que algo se descontinua e escapa ao somatório de saberes. Nessa descontinuidade, lugar aberto, pausa em meio às urgências, abre-se espaço para os laços e invenções, para que “cada um possa estar com os outros e consigo mesmo” (MAIA, 2019, p.2). Dessa forma, poderíamos dizer que mesmo na multidisciplinaridade há a solidão de cada um em seu ato, e é na permanência de um lugar esvaziado de saber que se abre a possibilidade de laço com o outro, o que pode ser materializado pelo hífen da palavra multi-disciplinar, como traço que liga e ao mesmo tempo mantém um espaço aberto, “espaço vazio para acolher o que não se sabe” (idem). A multidisciplinaridade e complementaridade de saberes não equivalem à completude, que sabemos ser impossível na psicanálise.

Escutar, sem desejar restituir ao outro um bem perdido, ou um estado anterior de saúde, é o que parece possibilitar a abertura ao inconsciente e ao trabalho analítico, ainda que dentro de um lugar marcado por muitos protocolos. De acordo com Miller (2000), é preciso situar a escuta analítica como uma prática do psicanalista, não se tratando de qualquer escuta, ainda que muitos possam escutar a queixa do paciente. A escuta analítica se distingue das demais justamente por visar pôr em seu devido lugar aquele que fala, o sujeito com sua divisão no lugar de quem trabalha.

A aposta do psicanalista, nesse sentido, seria na possibilidade de cada sujeito encontrar uma saída própria, um novo, que marque uma diferença em relação ao antes, esse sim jamais recuperável. No espaço institucional, essa posição de abertura à fala do paciente às vezes contrasta com as demais práticas. Isso nos leva a indagar qual o lugar para as diferenças e

singularidades? Como acolher o singular em um tratamento que muitas vezes é marcado pela padronização de condutas? Para tentar exemplificar, trago uma pequena passagem da clínica.

Na introdução dessa tese apresentamos o fragmento de uma situação na enfermaria, que retomamos agora aqui. Fomos procurados por uma médica ao receber, para tratamento, uma nova paciente. O cenário era uma enfermaria de tratamento hematológico, um quarto de enfermaria masculina com quatro leitos. Essa paciente tinha um nome forte, nome que lhe dava uma identidade masculina, a mesma que servia para que se apresentasse aos lugares da sociedade, nesse caso, o hospital. Nome de homem, no entanto, que contrastava com a pessoa que estava ali, uma mulher com traços finos, cabelos cuidados, maquiagem sutil, usando roupas que falavam de uma vaidade bem feminina. A questão que se colocava para aquela médica, constrangida com o que se apresentava para ela, era: deixar a paciente naquela enfermaria masculina ou sugerir uma mudança para um quarto feminino?

Masculino e feminino, nomes adotados nos espaços institucionais que demarcam lugares, condutas e valores. A dúvida da médica não era em vão, e tampouco uma questão administrativa, esboçava um constrangimento que a dividia, tinha uma preocupação com a maneira como se sentiria aquela moça em um quarto para homens. E mais, como se sentiriam os outros pacientes da mesma enfermaria? Como podemos responder a essa indagação? Como responder a isso sem escutar e considerar o que a paciente diz? Ela procura a psicóloga, o que nos parece a suposição de um saber no outro (que ela não tem) sobre algo da subjetividade daquela paciente. Para a enfermagem não havia dúvida, ela era homem, tinha nome masculino, o mesmo nome que está em seu prontuário e em seus documentos. Somos nós que daremos essa resposta? Diante do apelo daquela médica, apoiamo-nos no que nos orienta nessa clínica: o sujeito. E assim, acompanhando a médica em seu atendimento, que pôde se sentir mais tranquila em perguntar simplesmente como aquela paciente se sentia ali, se estava à vontade, como desejava ser chamada. E a resposta com a qual nos deparamos foi: *“está tudo bem, posso ficar nesse quarto, porque eu mesmo não tenho questão com isso, e acho que também não terá problema para os meus colegas de quarto, não é mesmo, gente?”*.

Essa vinheta parece demonstrar o que apontamos mais acima, ou seja, que não há possibilidade de cuidar de alguém com um saber prévio que nos autorize a dizer sobre o outro, sem considerar o sujeito que está ali. O que implica dizer que o único saber que sustenta o lugar do analista é o saber que se pode recolher da enunciação do próprio sujeito. Como psicanalistas, colocamo-nos em posição de fazer o que é justo fazer, aponta Lacan (1972/1985), isto é, interrogar como saber (particular) o que é da verdade (universal). As normas e padrões que comumente regulam algumas práticas institucionais, ainda que

necessárias ao funcionamento dessas, nem sempre dão conta de dizer sobre a subjetividade da pessoa doente. No somatório de saberes, então, algo sempre escapa.

No hospital, as regras de funcionamento e os enquadres, o tempo da urgência médica, trabalham para fazer o tratamento andar, muitas vezes encurtando o tempo do paciente para compreender e elaborar o que se passa com seu corpo doente. O tempo para compreender, a partir de Lacan (1945/1998, p.202), é aquele que se situa entre dois momentos – o instante de ver e o momento de concluir – colocando entre eles o que denomina de “escansões suspensivas”. Lacan propôs, então, três tempos: o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. Para tal, ele se utiliza de um sofisma, um problema lógico de três prisioneiros¹³.

O problema de lógica utilizado por Lacan pretende demonstrar que entre o instante de ver, isto é, aquele instante em que o sujeito se depara com o problema, e o momento de concluir há um tempo de parada necessário, uma pausa, tempo que determinará que a conclusão aponte não para o que pode ser visto, mas, como afirma Lacan (1945/1998, p.203), “para aquilo que não veem”. O tempo para compreender é o que convoca o sujeito, conferindo-lhe a possibilidade de concluir algo sobre si e sobre a experiência do adoecimento, ou como nas palavras de Lacan (1945/1998, p.207): “o juízo que conclui o sofisma só pode ser portado pelo sujeito que formou a asserção sobre si, e não pode ser-lhe imputado sem reservas por nenhum outro”.

O funcionamento do hospital parece não deixar lugar para essa outra temporalidade, o tempo do sujeito, o que talvez possamos entender como uma defesa da instituição frente a surpresa, ao impossível de tudo responder. É por meio da singularização que a urgência adquire o caráter de subjetiva¹⁴. Não é pouco comum sermos demandados a realizar algum tipo de “triagem” capaz de assegurar, por exemplo, que aquele paciente não tem risco de suicídio, como se fosse possível uma antecipação das saídas de cada um diante da doença.

O encaminhamento do paciente ao psicólogo, por exemplo, em situações de pré-operatório, muitas vezes parece entrar no pacote do “risco cirúrgico”, como se fosse possível

¹³O problema de lógica que Lacan (1945/1998) apresenta nesse trabalho é sobre o diretor de um presídio que chama três prisioneiros e lhes comunica que um deles será libertado, mas que para isso terão de passar por uma prova. Mostra-lhes cinco discos, sendo três brancos e dois pretos, e prende um disco nas costas de cada um dos prisioneiros, sem que estes tenham nenhuma pista ou que possam ter alguma visão sobre a cor do próprio disco. Eles poderão olhar os discos presos nas costas de seus dois companheiros. O primeiro que puder deduzir sua própria cor é quem será beneficiado com a medida de libertação. Tão logo um deles esteja pronto a formular a resposta, transporá a porta e comunicará a razão dela, que deverá ser explicada em termos de lógica.

¹⁴O termo urgência subjetiva é utilizado por Lacan no texto *Do sujeito enfim questão* (1966/1998), como também por outros autores psicanalistas, aqui trazemos apenas algumas referências consultadas, como Guillermo Belaga (2011), Romildo do Rêgo Barros (2012).

ter garantias quanto à maneira como cada paciente reagirá após a cirurgia. O discurso institucional demanda garantias, e talvez seja essa uma função dos prognósticos na medicina. Mas o que temos podido acompanhar com essa clínica, a clínica psicanalítica no hospital, é que a surpresa irrompe na imprevisibilidade do ato, e a clínica psicanalítica é aquela que, justamente, nos coloca diante desse real. Freud (1913/2019, p.130) advertiu os psicanalistas sobre a abertura para o inédito que se coloca a cada novo processo de análise, ao afirmar que “o médico analista consegue muito, mas ele não consegue determinar ao certo o que ele trará à tona”.

Como já abordado no capítulo anterior, não parece corriqueiro nas instituições que o psicanalista seja identificado como tal em uma equipe (FIGUEIREDO, 1997). E ainda que ele se apresente dessa forma, isso não garante que ele funcione em um discurso outro, diferente dos demais, pois como Lacan (1967-1968, inédito) indica, isso é efeito de um ato, é só no *a posteriori* que se pode dizer que ali houve analista. De que forma, então, pode-se atestar que há analista no hospital? Poderíamos dizer que o analista possui um saber colocado em ato ou, de outra forma, seria ele efeito de um ato? Segundo Alberti e Figueiredo (2006, p.8), “o sujeito que somos no trabalho da instituição deve ser um sujeito advertido. De quê? De que todo ato ou dizer (que se equivalem), tem efeitos cujo alcance nunca pode ser calculado *a priori*”.

Para nos aproximarmos de uma resposta precisaremos investigar qual o lugar do saber para o psicanalista na equipe, já que não se trata de um saber que possa dar garantias. O hospital, esse sim, poderíamos dizer que funciona como esse Outro a quem se recorre, em busca de garantias, mas o que Lacan (1968-1969/2008, p.24) afirma é que “não há, no campo do Outro, possibilidade de uma inteira consistência do discurso”.

2.1.1 Algumas considerações sobre a relação entre psicanálise e ciência em Freud

Como já apresentado no início desse trabalho, o lugar de onde partem as questões aqui desenvolvidas é uma instituição que se entende científica em suas práticas e pesquisas especializadas no campo da Oncologia. Isso significa ser demandado o tempo todo, enquanto profissional dessa instituição, a responder de um lugar de “referência”. Referência em quê? Quais as implicações disso para o praticante da psicanálise? Como responder do lugar de quem pode dizer, e mais, de quem sabe fazer com o sofrimento psíquico a partir da

experiência de um câncer?

A instituição médica demanda resultados. Resultados que evidenciem uma prática válida e eficaz do ponto de vista científico, o que nos coloca diante da questão do valor científico da prática analítica nesse contexto. Elia (2009, p.8) afirma que, “se a ciência hoje nos exige evidências [...], que estabeleçamos o que são as evidências em nosso campo, em vez de importar critérios de evidências que apenas evidenciarão a dissolução de nossa *práxis*”. Nessa mesma direção, Cottet (2005c, p.56) indica que em nossa prática “opomos a clínica do detalhe do caso [psicanalítica] a uma clínica fundamentada na estatística, na comparação, na generalização [...]. Essa clínica do detalhe não se fundamenta na observação e na comparação, e sim na argumentação. Não medimos”. Então é disso que se trata aqui, de cernir os possíveis efeitos do ato analítico, a partir da clínica e da presença do psicanalista no cotidiano do trabalho em hospital, tema que será abordado no capítulo seguinte.

O retorno à obra de Freud vem demonstrar o valor de pesquisa de suas descobertas. O interesse pela metapsicologia dos fenômenos clínicos levou Freud a erguer a grande obra denominada psicanálise. Como pode ser constatado pelo próprio título que Freud deu a um dos seus estudos pré-psicanalíticos, *Projeto para uma Psicologia* (1895/1992), trabalho que mais consistia em um tratado de psicologia para os neurologistas, havia desde o início a intenção de conferir caráter científico aos processos psíquicos que acabara de descobrir. Em meio ao contexto da ciência positivista, havia em Freud a intenção de construir um movimento aceito pela ciência (ROUDINESCO, 2016).

Esse ideal de ciência atribuído ao novo método de tratamento que Freud acabara por inventar pode ser notado em vários trabalhos ao longo de sua obra, tal como podemos encontrar no pequeno texto datado de 1911, *Sobre a Psicanálise*, que foi escrito para ser apresentado em um congresso médico. Neste, Freud (1913 [1911] /1991, p.211) apresenta a psicanálise como “uma combinação notável, pois compreende não apenas um método de pesquisa das neuroses, como também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta, [...] e como todo novo produto da ciência, acha-se incompleta”. Percebemos, nas palavras de Freud, o intuito de dar um lugar científico aos seus achados e, não por acaso, se dedicou, ao longo dos anos seguintes, a escrever uma série de artigos sobre a técnica psicanalítica. Não bastava criar um método novo, era necessário justificá-lo como científico e, para tal, fazia-se necessário apresentá-lo com sua técnica, método e resultados.

A preocupação pelo valor científico de suas pesquisas e descobertas pode ainda ser observada em uma de suas últimas conferências intitulada *Acerca de uma visão de mundo* (*Weltanschauung*). Ali Freud (1932-1936a/1991) coloca de partida a pergunta se a psicanálise

conduz a uma determinada “cosmovisão” (*Weltanschauung*) e, nesse caso, a qual. Preferimos manter o termo original alemão *Weltanschauung* por não se ter uma tradução que de fato pudesse ser fiel à ideia de Freud, podendo ser incompleta qualquer forma de traduzir o que ele pretendia dizer com essa palavra, mas que poderia se aproximar de “visão do universo” ou “visão do cosmo” (IANNINI & TAVARES, 2019). Trata-se de um trabalho cuja importância para Freud pode ser identificada já no fim da conferência anterior *Esclarecimentos, aplicações e orientações* (1932-1936b/1991, p.145), na qual se evidencia a preocupação com o valor da psicanálise enquanto método de tratamento, ao afirmar: “se não tivesse valor terapêutico não teria sido descoberto nos doentes, e não teria se desenvolvido por mais de 30 anos”.

Ainda em *Acerca de uma visão de mundo*, Freud (1932-1936a/1991, p.147) insiste sobre o caráter de incompletude da psicanálise, mas sem, contudo, deixar de ressaltar o que significou o passo dado por suas descobertas para a ciência, como pode ser lido nessa citação:

Espírito e alma são objeto de pesquisa científica exatamente como o são as coisas alheias ao homem. A psicanálise possui um título particular para advogar aqui em favor de uma *Weltanschauung* científica, posto que não pode ser acusada de ter descuidado do anímico na imagem do universo. Sua contribuição à ciência consiste justamente em ter estendido a pesquisa ao âmbito do anímico. E, aliás, a ciência ficaria muito incompleta sem uma psicologia dessa classe.

O pensamento científico, tal como Freud (1932-1936a/1991, p.157) o aborda, consiste em submeter a um exame crítico a observação dos fenômenos da natureza, no esforço de chegar à correspondência com a realidade, ou seja, com o que existe fora e independente de nós, e que ganha o estatuto de verdade, “ela segue sendo a meta do trabalho científico, ainda que deixemos de lado seu valor prático”. A verdade para Freud, portanto, estaria do lado da ciência. Essa foi a sua posição ao indicar, nesse trabalho, que a psicanálise não pode criar uma *Weltanschauung* por si mesma, ela faz parte da ciência e pode aderir à *Weltanschauung* científica.

Todavia, a descoberta freudiana quanto à determinação e ao valor de fatores psíquicos nos sintomas de seus pacientes, nem sempre teve credibilidade como outras ciências, chegando mesmo a sofrer as críticas de um subjetivismo sem comprovação. A leitura de seus trabalhos, textos, e conferências, revelam a preocupação em colocar o valor de seus achados, não como fruto de especulação, e sim de observações clínicas, como tendo seu lugar na

ciência¹⁵. A insistência de Freud (1916a/1991, p.234) levava-o a afirmar que “ao final – não sabemos onde, nem quando – cada partícula de saber se transformará em um poder fazer e, também, em um poder fazer terapêutico”.

Para que a psicanálise esteja entre as ciências, não é sem disputa, pois ela precisa dar provas disso se não quiser ficar no lugar de misticismo (MILLER, 2012). Então é preciso demonstrar, dar provas, ou melhor, deixar que a clínica evidencie os efeitos da presença do psicanalista em uma equipe e, nesse caso, no tratamento do paciente com câncer. Miller (2012) sublinha que, se a psicanálise produz algum efeito, então isso se deve a um ato, o ato de falar. Vejamos então o que escutamos quando damos a palavra ao sujeito ali onde o doente é submetido a procedimentos médicos.

D. é uma paciente de 32 anos que interna após uma intercorrência clínica pós-quimioterapia. Triste, ela fala: “*na primeira internação ficou tudo bem, mas dessa vez ‘não sei por que’ estou mais triste*”. Então D. fala do que vem se dando entre uma internação e outra e se depara, nesse intervalo, com a perda da avó e de um primo, podendo concluir: “*parece que agora a ideia da morte, da perda, ficou mais evidente*”. Parece que agora a morte se faz mais real, significação que é experimentada pela própria vivência da doença no corpo. Experiência na qual o que é da ordem do real, sabemos com Lacan (1964/1998), se apresenta na forma do que nela há de “inassimilável”, isto é, na forma do trauma. Na clínica com pacientes em tratamento de câncer, esbarramos com essa dimensão do trauma, e é com esse “tropeção” que trabalhamos (LACAN, 1964/1998, p.56).

Podemos afirmar que a prática da escuta é, de uma maneira geral, bem-aceita pela equipe de saúde, ainda que muitas vezes apareça de forma distorcida em enunciados como “*falar faz bem*”, “*falar alivia*”, “*vou chamar o psicólogo para você conversar um pouco*”. Certa vez ouvi de uma médica, em um momento de pandemia que modificou a rotina, e trouxe muita insegurança para a equipe que ali trabalhava, ela mesma na condição de paciente porque também havia se contaminado pela doença: “*falar faz parte do meu processo de cura*”. Talvez seja isso que nos autorize a afirmar que nessa clínica, instaurada pela presença do analista, “*abre-se espaço para que se crie uma forma de se haver com o insuportável*” (BRUNHARI & MORETTO, 2013. p.24). Então, ainda que passados mais de cem anos da

¹⁵Segundo Althusser (1964-1965/1985), formalmente o que Freud nos dá possui a estrutura de uma ciência por conter: uma prática (o tratamento analítico pela palavra), uma técnica (a interpretação das formações do inconsciente), uma teoria (que se encontra em relação com a prática e a técnica), e um objeto (o inconsciente, enquanto linguagem).

descoberta freudiana da *talking cure*¹⁶, continuamos constatando que falar tem efeitos de cura.

Apesar disso, não é sem tensionamento nosso diálogo com o saber médico. No campo da medicina é evidente o apelo às práticas ditas científicas, aos protocolos partilhados internacionalmente, às evidências, colocando em xeque o trabalho que se realiza no âmbito hospitalar ou de tratamento, pois há que se dar provas de sua efetividade. Nosso trabalho no hospital não escapa a essa demanda institucional. Como responder a isso? De que maneira a psicanálise pode dar provas de sua efetividade frente às exigências e ao mandato de cura em um tratamento de câncer? Considerando, tal como Lacan (1967-1968, inédito, p.122) aborda no Seminário *O ato psicanalítico*, que no método psicanalítico trata-se de um fazer de “pura palavra”, então indagamos: seria suficiente, para um meio tão marcado pela cientificidade, afirmar que o tratamento pela palavra possui efeitos? Freud (1915-1916 b/1991, p.76) também se deparou com essa exigência a respeito do valor científico da psicanálise, como apresentado na conferência *Dificuldades e Abordagens Iniciais*:

Que um médico se dedique ao sonho quando há ainda na neuropatologia e na psiquiatria tantas coisas mais sérias, tumores que alcançam o tamanho de uma maçã e comprimem o órgão da vida anímica, hemorragias, inflamações crônicas, fenômenos em que as alterações dos tecidos podem ser demonstradas ao microscópio? Não, o sonho é um objeto demasiado trivial, desdenhável e indigno para ser objeto de pesquisa.

Com a citação acima notamos a preocupação de Freud quanto a uma ciência do inconsciente, e isso é de extrema relevância aqui, considerando que o profissional *psi* é aquele, ao contrário das demais categorias que compõem o trabalho multidisciplinar, que se apresenta sem um instrumento visível e objetivo. Mas o que Freud (1912/2019; 1926a/2019) afirma em sua defesa do método psicanalítico é que este consiste em uma técnica muito simples, que dispensa todos os meios de apoio, medicamentos e qualquer outro instrumento que não seja a palavra.

O valor que Freud confere à palavra do paciente é o que permite dizer, então, que o psíquico, e todos os fenômenos a ele relacionados, passam a ter um lugar, e uma importância, que até então não haviam recebido. Tal como afirma, “é indiscutível, contudo, que os ensinamentos puramente médicos e não psicológicos fizeram muito pouco até o presente momento para a compreensão da vida na anímica” (1913b [1911] /1991, p.214).

Com Freud (1901/1991), reconhecemos a importância de oferecer a possibilidade de

¹⁶Essa expressão foi utilizada por uma paciente tratada por Joseph Breuer, médico que dividiu os *Estudos sobre a Histeria* com Freud (FREUD, 1893-1895/1992), e que ficou conhecida na obra freudiana como caso Anna O, considerado um caso inaugural da psicanálise por apresentar uma forma de tratamento pela palavra.

dar tratamento ao que escapa ao saber médico, e com o método psicanalítico a possibilidade de investigar e tratar os fenômenos psíquicos normais – como os pequenos atos falhos e os chistes, a interpretação de sonhos – e patológicos, como manifestações particulares do inconsciente. Freud (1912-1915/1991) nos dá, portanto, o método, e suas ferramentas, sem desviar do rigor da técnica e da regra fundamental, a associação livre, única capaz de conduzir ao inconsciente, o que pode ser observado através de sua extensa obra, que inclui não só os artigos sobre a técnica, como também os casos clínicos.

Não resta dúvida do ideal científico de Freud ao criar a psicanálise, deixando um importante método de tratamento, com seu rigor técnico e ético: não recuar da presença do sujeito, ainda que muitas vezes esse esteja sob os protocolos e procedimentos médicos. Este foi o legado de Freud, apresentar ao mundo científico seu método, sua técnica, seus resultados, pois essa era a forma de obter suas credenciais, lado a lado com outros saberes científicos (MILLER, 2016). Os casos clínicos escritos por Freud (1905[1904], 1907, 1909, 1911, 1918[1914]) são a prova de que suas contribuições não eram especulativas, mas sim baseadas na experiência clínica¹⁷.

2.1.2 Lacan, a ciência, e o saber

Encontramos no escrito de Lacan *A ciência e a verdade* (1965/1998) os principais argumentos lacanianos sobre o caráter científico da psicanálise. Lacan nos diz que a psicanálise como prática, e o inconsciente como descoberta freudiana, são impensáveis antes do nascimento da ciência moderna no século XVII. Nesse texto, ele faz uma crítica à posterior associação da psicanálise às ciências humanas formulando que “não há ciência do homem porque o homem da ciência não existe, apenas seu sujeito” (LACAN, 1965/1998, p.873). E o sujeito da psicanálise, ele afirmará, é o sujeito que a ciência fornece. Vejamos então o que podemos extrair desse axioma de Lacan para a reflexão que se pretende aqui.

Cabe destacar que a concepção de ciência moderna encontra em Koyré a fonte de referência e inspiração para Lacan no desenvolvimento de seu ensino. A leitura de *Estudos de História do Pensamento Científico*, de Alexandre Koyré (1991), permite-nos fazer um recorte

¹⁷Caso Dora (*Fragmentos da análise de um caso de histeria*, 1905 [1901] /1991); Homem dos ratos (*Observações sobre um caso de neurose obsessiva*, 1907/1991); O Pequeno Hans (*Duas Histórias Clínicas*, 1909/1992); Caso Schereber (*Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)*, 1911/1991); Homem dos Lobos (*História de uma Neurose Infantil*, 1918/1992).

dos argumentos que esse autor utiliza para fornecer as bases sobre as quais a psicanálise se ergue, as bases do pensamento científico. Para Koyré (1991, p.58), os problemas que se aplicam ao pensamento científico dizem respeito à relação entre as teorias e os fatos, cujo objetivo é “fixar as condições que a teoria deve satisfazer para ser aceita e estabelecer os diversos métodos que nos permitem decidir se uma dada teoria é válida ou não”.

O que Koyré apresenta é uma ciência, a ciência moderna, que tem suas bases no método científico de Galileu, por introduzir a linguagem matemática no pensamento científico. Através do método científico, apresenta o autor, é possível “formular indagações à natureza, para interpretar as respostas que ela dá” (KOYRÉ, 1991, p.74). A ciência galileana, que tem na matematização seu paradigma, é de onde Lacan retira as condições para tratar das conexões entre os elementos, como por exemplo, a teoria dos conjuntos (LACAN, 1968-1969/2008). Dizer que a ciência moderna é galileana, cujo tipo é a física matematizada, implica, assim, um importante e decisivo corte com o modelo de episteme na qual predominava um modo de concepção e conhecimento do mundo e das coisas baseado na intuição e na revelação divina.

Segundo Milner (1996, p.33), a relação intrínseca entre a ciência moderna e a física matemática é de fundamental importância na medida em que implica um corte com a concepção de um sujeito de qualidades prévias, tal como ele apresenta:

Não lhe convirão as marcas qualitativas da individualidade empírica, seja ela psíquica ou somática; tampouco lhe convirão as propriedades qualitativas de uma alma: ele não é mortal ou imortal, puro nem impuro, justo nem injusto, pecador nem santo, condenado nem salvo; não lhe convirão nem mesmo as propriedades formais que durante muito tempo havíamos imaginado constitutivas da subjetividade como tal: ele não tem nem si, nem reflexividade, nem consciência.

Não por acaso, no texto *A ciência e a verdade*, Lacan (1965/1998, p.869) refere *A ciência*, grafado com letra maiúscula, para situar “esta mutação decisiva que por via da física fundou *A ciência* no sentido moderno”, marcando aí uma mudança radical em nossa posição de sujeito, à qual atribui um duplo sentido: “de que ela é inaugural nesta e de que a ciência a reforça cada vez mais” (p.870). Barreto e Iannini (2017, p.52) apontam que a introdução da medida no real, contribuição da física matemática, interessa a Lacan na medida em que rompe com a dicotomia entre ciências humanas e ciências naturais, uma superação que articula “a um só golpe, um objeto não natural (a linguagem) a um método de visada matemática”.

É a partir desse corte inaugural, novo momento da ciência, que encontramos as elaborações de Lacan sobre o modo de concepção do sujeito da psicanálise, pois como ele afirma: “o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência”

(1965/1998, p.873). O sujeito da ciência, sobre o qual a psicanálise opera, não é outro senão o sujeito marcado pelo corte, fenda, “sujeito tomado em sua divisão constitutiva” (LACAN, 1965/1998, p.870). Essa divisão é propriamente a marca do *cogito* cartesiano, que se funda na distinção entre duas substâncias: corpo e alma. Que consequências Lacan extrai do *cogito* cartesiano para a psicanálise?

Com Descartes temos o passo decisivo e inaugural da ciência moderna, pois é quem lança as bases do racionalismo como a única fonte do conhecimento. Segundo Cottet (1987, p.18),

Esse momento é de fato para Lacan eminentemente representado por Descartes e a física clássica na medida em que, pela rejeição dos saberes anteriores e a distinção radical do pensamento e da extensão, ele reduz a ciência ao que as matemáticas permitem demonstrar.

A partir de Descartes, vemos colocada no centro do método científico a questão da verdade, cuja verificação só é acessível através do pensamento matemático. O filósofo apresenta, através do tratado filosófico denominado *Discurso do Método* (1637/2001), um método capaz de provar a verdade, absoluta e incontestável, à qual chega através do fato de duvidar. A dúvida é o que confere a certeza de sua existência. Isto é, do *eu penso*, conclui-se a existência do eu, chegando à afirmação propriamente cartesiana: *Penso, logo existo*.

O advento do ser do pensamento com Descartes traz a marca da dependência do ser à linguagem, visto que “o pensamento só funda o ser ao se vincular à fala onde toda operação toca na essência da linguagem” (LACAN, 1965/1998, p.879), pois é porque penso que eu existo. Se o *cogito, ergo sum*, momento inaugural da ciência moderna, rompe com o saber unicamente derivado da intuição, por introduzir o ser do pensamento, é justamente porque o pensamento se materializa na fala, é isso que dá existência ao sujeito, ao sujeito da psicanálise que não é outro senão o que é derivado da ciência. Nesse sentido, o sujeito não é antes, nem o sujeito objeto de compreensão da psicologia, o sujeito humanizado; nem o indivíduo biológico.

A formulação cartesiana coloca em suspenso toda relação com o saber na medida em que duvida. Uma verdade que se funda na disjunção ao saber e, como aponta Cottet (1987, p.18), “por aí ele se identifica ao sujeito freudiano como sujeito do inconsciente, que é um ‘não sei’, ‘duvido’, e cujos efeitos de verdade (lapsos, sonhos etc.) não se manifestam senão na enganação do sujeito sobre ele mesmo”. É daí que podemos, então, encontrar nessa rejeição do saber como condição da emergência do sujeito, o sentido da afirmação de Lacan, em *A ciência e a verdade*, sobre o sujeito da psicanálise ser o sujeito que é fornecido pela

ciência, isto é, sustentado na disjunção entre saber e verdade.

Pode-se entender esse postulado, esse ponto de cisão entre saber e verdade, a partir de sua leitura da formulação freudiana *Wo Es war, soll Ich werden*, traduzido como “lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir” (LACAN, 1965/1998, p.878). O que a gramática da afirmação cartesiana nos apresenta é a existência de um ser do pensamento, em uma relação intrínseca de causalidade entre o pensamento e o sujeito (*Je*). Contudo, e talvez esse seja o paradoxo ao falar do sujeito da psicanálise (sujeito do inconsciente) como tributário do *cogito* cartesiano, fundado no pensamento (atributo da consciência), o que extraímos da psicanálise freudiana é que o sujeito (*Je*) advém não do lugar do “penso”, mas sim do “não penso”, lugar do Isso (*Es*) freudiano, lugar da pulsão, onde não há saber. É nesse lugar, que vai revelar-se o sujeito da psicanálise.

Essa cisão, divisão inaugurada pelo *cogito* cartesiano, é o que fornece o sujeito sobre o qual a psicanálise opera. A subversão do sujeito, operada pela psicanálise, implicaria, assim, no descentramento da consciência, do sujeito da psicologia, dotado de características, onde ele é desalojado “de seu lugar no edifício filosófico pela incidência do inconsciente” (COTTET, 1987, p.11).

No Seminário *O ato psicanalítico*, acompanhamos Lacan (1967-1968, inédito) indagar a respeito de que pensamento o ser é suposto, interrogando: “deste pensamento que acaba de rejeitar todo o saber?”. A psicanálise vem demonstrar, e é aqui afirmado por Lacan (1967-1968, inédito, p.101), que, em verdade, trata-se do “ponto em que se realiza uma suspensão de todo o saber possível, é nele que está o que assegura o *eu sou*. Será por pensamento do *Cogito*? Ou será pela rejeição do saber?”. Aí parece se localizar o ponto da divisão que caracteriza o sujeito da psicanálise, tal como Lacan (1965/1998, p.878) descreve: “a inscrição da verdade não se grava do mesmo lado do pergaminho que a inscrição que vem do lado do saber”.

Milner (1996, p.33) apresenta, de forma bastante clara, o que ele denomina de “cartesianismo radical de Lacan”, para chegar à afirmação de que o sujeito da psicanálise não é outro senão o sujeito da ciência. Transcrevemos abaixo:

‘Se Descartes é o primeiro filósofo moderno, é pelo *cogito*’;
 ‘Descartes inventa o sujeito moderno’;
 ‘Descartes inventa o sujeito da ciência’;
 ‘O sujeito freudiano, na medida em que a psicanálise freudiana é intrinsecamente moderna, não poderia ser outra coisa senão o sujeito cartesiano’.

Então, ao nos depararmos com a afirmação de Lacan (1965/1998, p.878) de que “a

práxis da psicanálise não implica outro sujeito senão o da ciência” parece estarmos diante de um paradoxo, pois o que a ciência visa é uma forma de suturar o sujeito: “a forma lógica dada a esse saber inclui a modalidade da comunicação como suturando o sujeito que ele implica” (p.891). Mas é nisso que a ciência fracassa, na impossibilidade de suturá-lo. Há um impossível aí, impossível a que Lacan (1969-1970/1992) dá o nome de real. A ciência interessa a Lacan justamente na medida do que toca o real, que na ciência é experimentado como fracasso. Como aponta Darriba (2019, p.17), “no momento em que Lacan define a ciência em função de um impossível que lhe seria correlato, é porque coube ao discurso analítico atestá-lo”.

Para Ansermet (2003), à medida que a medicina avança cada vez mais na direção das biotecnologias, a psicanálise se vê convocada a fazer frente ao que resiste, e insiste, à singularidade do sujeito. Assim ele afirma:

Se há uma entrada para a psicanálise no campo das biotecnologias e da medicina preditiva, é aquela de nelas assegurar um lugar para o indomável, lá onde tudo se organiza a partir do dominável, do determinado, do pré-programado. Vimos que o próprio do sujeito é escapar a toda predição: e é disso que provém o apelo das biotecnologias à psicanálise (ANSERMET, 2003, p.9).

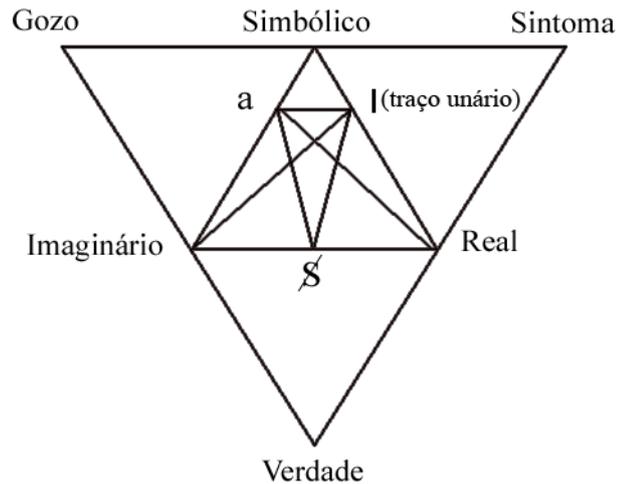
Portanto, como incluir esse real na clínica que se realiza no hospital, lugar de práticas que visam ao ideal de cura? Essa é uma questão que interessa ao psicanalista. Quando se trata do real na experiência, nenhuma teoria é capaz de dizer tudo, e é nesse sentido que Miller (2003, p.26) fala de uma disjunção entre prática e teoria: “qualquer teoria será insuficiente, inadequada, sempre estará aquém daquilo de que se trata, não permitirá o acesso ao real, não passará de uma elucubração a respeito de um real que lhe escapa”.

Lacan (1965/1998, p.889) toca na questão da relação entre a ciência e a verdade, afirmando: “da verdade como causa, ela não quer-saber-nada”. Se podemos dizer que a ciência está interessada em um saber que venha a dar conta do real, a busca por uma causa formal, à psicanálise interessa a relação do significante a outro significante (S1-S2), pois é daí que podemos extrair o material de trabalho do psicanalista, o que surge na cadeia significante, que faz presentificar o sujeito. A suspensão do saber, como condição da emergência do sujeito, e diríamos do nascimento da psicanálise, é isso que trazemos aqui como paradoxo no trabalho do psicanalista no hospital. Como recusar o lugar de saber?

Encontramos no Seminário *O ato psicanalítico* (1967-1968, inédito) a maneira como Lacan aborda a dimensão da verdade na experiência analítica, de modo que podemos extrair algumas orientações sobre o lugar do saber e da verdade, e de que maneira o analista aí se

situa, com base no esquema abaixo:

Figura 3: Saber e verdade nos três registros



Fonte: Seminário 15 (Lacan, 1967-1968, p.71)

Nessa figura o que vemos representado é o lugar do sujeito (\square) como projeção do simbólico, campo dos significantes, mas não sem o imaginário e o real. É nesse campo em referência ao simbólico, lugar do Outro, da inscrição significante, que a verdade se situa. O saber, Lacan (1967-1968, p.70) afirma, “é uma função imaginária”, como projeção do imaginário, ali onde se situa o traço unário, simbolizado pelo I, a marca constitutiva de cada sujeito. Sobre essas marcas, cada sujeito construirá um saber próprio e é nesse sentido que nesse mesmo lugar poderíamos identificar o sintoma. Entre simbólico e real, o sintoma seria uma elucubração de saber. E por fim, apontado pelo real, está o objeto *a*, o que resta da divisão subjetiva, e que também remete ao campo do gozo, marca de gozo como efeito da entrada na linguagem.

Encontraremos no Seminário *De um Outro ao outro* (1968-1969/2008), no ano seguinte, as principais indicações de Lacan sobre a questão do saber, elemento que assumirá posições distintas conforme o lugar no discurso. Mas vale dizer que a questão dos discursos foi abordada no ano seguinte a esse Seminário, quando Lacan desenvolveu o Seminário *O avesso da psicanálise* (1969-1970/1992).

Para situar a questão do saber, Lacan (1968-1969/2008, p.50) apresenta a topologia do

Outro, como lugar do código, o “tesouro da linguagem”. O lugar do Outro (A) é, assim, o lugar da cadeia significante que é representada por $S1 \rightarrow S2$, sendo esse outro significante, o $S2$, que vem representar o saber, ou, nas palavras de Lacan (1968-1969/2008, p.54), “o termo opaco em que, se assim posso dizer, vem perder-se o próprio sujeito, ou ainda, no qual ele vem se extinguir, o que apontei desde sempre com o emprego do termo *fading*”. Cabe lembrar a definição de Lacan (1964/1998, p.193) sobre o grande Outro, no Seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, como “o lugar onde se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer”.

O lugar do Outro é propriamente o campo do simbólico, “o sítio prévio do puro sujeito do significante” (LACAN, 1960a/1998, p.821), posição mestra de onde provém o significante-mestre (S1). Esse é também o lugar da verdade, como pode ser observado no esquema acima (Figura 3), e que, no Seminário *De um Outro ao outro*, Lacan (1968-1969/2008, p.24) define como “campo da verdade [...], lugar em que o discurso do sujeito ganharia consistência, e onde ele se coloca para se oferecer a ser ou não refutado”.

Talvez possamos pensá-lo como o lugar que a instituição de tratamento assume para o sujeito que a procura. Lacan (1964/1998) lembra que o que Descartes visava era um real do qual pudesse se assegurar, ter garantias, de um Outro que não fosse enganador, garantidor de toda dimensão da verdade. O que nos faria pensar esse lugar absoluto como o lugar que veio a ser ocupado pela ciência, inaugurado pelo cogito cartesiano. Porém, o que Lacan aponta no Seminário *De um Outro ao outro* (1968-1969/2008) é justamente para a inconsistência desse discurso ao promover a disjunção entre saber e poder. Freud (1933[1932a]/1991) já havia apontado para isso, mais uma vez no texto *Acerca de uma visão do mundo*, ao afirmar que a psicanálise não diz respeito a um discurso totalizante. Veremos, ainda nesse capítulo, que em todo discurso há uma hiância, um lugar vazio, que é o que permite propriamente fazer circular os discursos.

A psicanálise vem demonstrar que os efeitos de seu discurso operam pelas suas insuficiências, marcando aí uma disjunção com a posição de saber e mestria. Não seria isso que o psicanalista na cena hospitalar vem atestar, isto é, que ele produz efeitos a partir justamente de sua posição que é outra, que não é a de um saber totalizante? Recordamo-nos de uma paciente com leucemia crônica, que chega ao atendimento com várias dores no corpo, dizendo “*Eu não consigo não sofrer, é muita preocupação, minha cabeça dói que eu não posso nem tocar. Aí pedi uma consulta com o neuro, ele precisa fazer essa dor parar*”. E. relata o início das dores fortes após a notícia de hospitalização da irmã mais nova, por um

problema cardíaco, na mesma semana em que aparece a suspeita de um novo câncer (de mama). Retornamos para ela que o que estava dizendo era que estava muito preocupada, que isso lhe fazia sofrer, e que estava buscando no neuro um remédio para sua dor. Diante de nossa pergunta: “remédio pode te ajudar a parar de sofrer?”, foi possível E. responder: “*é, acho que só faz parar a dor por um tempo, depois a dor volta, porque eu continuo me preocupando*”. E. procurava o neurologista para tratar de sua dor de cabeça, que surgia a partir de vários problemas que enumerava (doença da irmã; suspeita de um novo câncer – mama; problemas financeiros; frustração do filho que não passou no Exército). O que se dirigia ao saber médico era um pedido de curar (um remédio para fazer parar de doer). O que aparece no espaço de escuta é “*eu não consigo não sofrer*”.

Poderíamos pensar naquilo que a paciente endereçava à instituição médica, no lugar do Outro, da mestria de poder responder à sua queixa, lugar de quem tem a resposta sobre seu sintoma. A instituição, ao que nos parece quando escutamos os pacientes em tratamento, é colocada nesse lugar do discurso consistente, lugar da verdade, de onde podem ser encontradas todas as garantias. Contudo, Lacan (1968-1969/2008, p.57) vai interrogar justamente “se esse Outro pode ou não ser concebido como um código fechado, sobre cujo leque de possibilidades se institua sem falhas e se totalize”, na medida em que a psicanálise denuncia que esse Outro só existe em referência ao que falha. Essa, então, parece ser a questão decisiva, ou seja, que esse Outro (A), também comporta uma falta, a falta do significante que possa tudo dizer. Essa falha no Outro, que Lacan vai marcar com uma barra (A̅), decorre do fato de que o significante que o representa sempre comporta uma falta.

Nessa tese, trata-se de sustentar a tensão sobre o lugar que a instituição ocupa para o paciente, mas também para o psicanalista que ali está, como lugar que determina uma verdade sobre o sujeito, e que representa, ao mesmo tempo, um ideal de garantia de que ali há aquele que sabe como livrá-lo do mal que acomete seu corpo. Mas a verdade, afirma Lacan (1960a/1998, p.812), “não é outra coisa senão o que o saber só pode aprender que sabe ao pôr em ação a sua ignorância”.

Ao abordar a psicanálise no campo da medicina, e mais especificamente no hospital, nos deparamos com a especificidade de nossa prática em meio a vários protocolos. A demanda por garantias se faz presente, seja a do paciente em relação ao médico, seja a da instituição que demanda um saber (que nos assegure do lugar de especialistas) no tratamento. Na condição de ser identificado por uma profissão, diz Lacan (1967-1968, inédito, p.22), “é natural sentir-se assegurado pelo que se sabe, pelo que se guarda de sua experiência”, contudo lembra que o ato psicanalítico diz respeito “aos que não fazem dele uma profissão”. Segundo

Belaga (2015b), poderíamos, então, apontar o objetivo da psicanálise na instituição como o de restaurar uma particularidade contra o ideal, o ideal que a instituição representa como um Outro consistente.

É da inconsistência do grande Outro que Lacan (1968-1969/2008) tratará no Seminário *De um Outro ao outro*. Pensar na inconsistência do Outro é a via para a entrada do discurso analítico. Darriba (2013) lembra que o que funda a possibilidade do discurso analítico, e o que permite localizar os demais, é uma articulação que se sustenta na inconsistência do Outro. Não se trata, contudo, apenas de apontar o que falha no campo Outro, mas sim de fazer a partir dessa falha $S(A)$. Se a ciência deixa sempre um resto, é desse resto que a psicanálise se ocupa. Dessa forma, não é do lugar da verdade que a psicanálise responde, mas sim do lugar dessa falta no campo do Outro, de onde poderá ser produzido um saber fazer. Como Lacan (1969-1970/1992, p.55) diz, “o que se espera de um psicanalista é [...] que faça funcionar seu saber em termos de verdade”. Então, a relação que Lacan (1968-1969/2008, p.198) estabelece entre saber e verdade pode ser expressa da seguinte maneira:

Figura 4: Relação entre saber e verdade

$$\frac{\text{saber}}{\text{verdade - saber}} = \frac{\text{verdade}}{\text{saber}}$$

Fonte: Lacan, Seminário 16 (1968-1969/2008, p.198)

Onde se lê: “o saber sobre a função de verdade menos saber deve dar-nos a verdade sobre o saber”. Lacan localiza nos termos à esquerda a própria posição do inconsciente, lugar de onde uma verdade pode ser enunciada que tem a propriedade de nada podermos saber dela, por isso tem um menos saber. Afinal, Lacan (1968-1969/2008, p.203) completa, “é o que diz a psicanálise: estamos aí sem saber”.

O tema da “verdade” também faz parte da relação médico-paciente no hospital. É recorrente escutar de pacientes que eles desejam que o médico lhes diga “a verdade”. Esse tema, de acordo com Souza Dantas (2017), em revisão de literatura sobre o processo de comunicação na relação médico-paciente, tem sido recorrente, ganhando cada vez mais espaço nos códigos de ética médica, o que coloca a verdade como função do exercício da

medicina. Segundo a autora, o “dizer a verdade para o paciente” implica em uma postura de abertura para a singularidade do indivíduo, e isso supõe deixar em aberto que “ninguém saberá o que é melhor para o paciente mais do que ele próprio” (SOUZA DANTAS, 2017, p.23).

Segundo Vieira (2002, p.116), a verdade do lado da psicanálise “é menos um dado objetivável que uma manifestação subjetiva de essência ficcional”. A partir disso, o que Lacan (1967-1968, inédito, p.272) vai dizer sobre o analista é que ele deve estar advertido de que o que está em questão não é que ele se considere, como clínico, aquele que sabe o que fazer em cada caso, e sim que ele se oriente por outra espécie de verdade, da ordem da ficção:

Aquele que o paralisa quando ele se interroga sobre um caso, quando faz sua anamnese, quando o prepara, quando começa a se aproximar e, uma vez que ele entre com a análise, que ele procure no caso, na história do sujeito, da mesma maneira que Velasquez está no quadro das meninas, onde ele já está, o analista, a tal momento e em tal ponto da história do sujeito (LACAN, 1967-1968, inédito, p.272).

2.1.3 Falamos (n)o mesmo discurso?

Segundo Viganó (2006, p.34), “a questão institucional funde-se com a da organização dos significantes fundamentais que estão na base das instituições sociais e se revela uma questão de discurso”. É com Lacan que encontramos uma importante contribuição para pensar a psicanálise nos diferentes dispositivos, ao promover o deslocamento do *setting* para o discurso. Trazemos então a noção de discurso que Lacan apresenta no Seminário *O avesso da psicanálise* (1969-1970/1992), para pensar o lugar do psicanalista na instituição e demonstrar que o analista, enquanto função, não está desde sempre, mas ele advém de um ato.

A noção de discurso não se confunde com a fala. O discurso, assim apresenta Lacan (1972-1973/1985), assume a função de laço, diferentes modos de fazer laço social a partir do impossível da relação. A noção de discurso em psicanálise traz a articulação entre o sujeito, o significante, o saber, e o gozo, levando em consideração sempre algum ponto de impossível. O que Lacan (1969-1970/1992) apresenta em seu Seminário sobre os discursos é da ordem da estrutura, um aparelho, que tem direção, movimento, elementos, lugares e impossibilidades.

Se nos valem dos discursos apresentados por Lacan no Seminário *O avesso da psicanálise*, é para apontar sua pertinência face ao que verificamos na nossa prática em hospital, isto é, uma prática marcada por diferentes discursos. De acordo com Pacheco (2015), trata-se de um campo em que o discurso predominante é o de dominação, no qual o

profissional de saúde encarna o saber sobre o outro, considerado como um objeto. Sendo assim, a experiência como psicanalista em hospital leva a indagar acerca da possibilidade de o trabalho se apoiar em seu próprio discurso.

O discurso do mestre é por onde Lacan inicia, não por acaso, visto que remete ao inconsciente, e à história da própria psicanálise. Situado no lugar de mestria da medicina, Freud se depara com o saber inconsciente, o inconsciente estruturado como linguagem (S1 – S2). Esse é o discurso que coloca o S1 no lugar de agente.

Lacan (1969-1970/1992) retira da filosofia de Hegel a referência para nomear esse discurso – discurso do mestre, ou discurso do senhor¹⁸ – para situar a relação do sujeito com o saber. Relação marcada pela ambiguidade, pois para situar um senhor, o mestre (S1), como aquele que se dirige ao saber (S2), é suposto um outro que trabalha, campo próprio do escravo. O escravo é aquele que tem um *savoir faire*, um saber fazer, ainda que não o saiba. Tal como Lacan (1969-1970/1992, p.22) define, “um verdadeiro senhor não deseja saber absolutamente nada – ele deseja que as coisas andem”. O saber está no nível do escravo, mas é a ele que o senhor se dirige, “é com o saber como meio de gozo que se produz o trabalho que tem um sentido, um sentido obscuro. Esse sentido obscuro é o da verdade” (LACAN, 1969-70/1992, p.53).

Nesse discurso, o sujeito (\square) está diretamente submetido ao S1, ao passo que a inserção no gozo se deve ao saber. Poderíamos situar o discurso da medicina no nível do discurso do mestre quando se trata de desejar que “as coisas andem”, que o tratamento funcione e que o corpo do doente volte também ao seu funcionamento normal. Note-se que nesse discurso o sujeito está sob o S1 do mestre, que aqui poderíamos metaforizar como sendo o diagnóstico, o que comanda o tratamento, a palavra que marca e nomeia aquele sujeito: “você tem um câncer”. Sob o significante-mestre, o sujeito excluído da cena muitas vezes aparece reduzido à parte doente do seu corpo, objeto para o qual se destina a intervenção médica.

No matema desse discurso, como nos demais, notamos uma dupla barra (//) entre os termos de baixo, o que indica, no caso do discurso do mestre, ser tornada impossível a articulação da fantasia, dimensão que permitiria a articulação entre o sujeito dividido (\square) e o objeto a , como na fórmula proposta por Lacan (1968-1969/2008, p.54): $\square \diamond a$. O desejo estaria, assim, excluído no discurso do mestre. Alguns anos antes, e como já apontado no capítulo anterior, Lacan (1966/2001) já havia chamado a atenção justamente para a questão da

¹⁸ $S1 \rightarrow S2$
 $\square // a$

falha entre demanda e desejo, como o que a psicanálise, diferente da medicina, pôde articular.

Pela via do discurso do mestre o praticante da psicanálise pode construir um lugar que possibilite a sua inserção na instituição. Contudo, é preciso estar advertido que a cada situação vigorará um discurso, dependendo das contingências: “são os atos dos agentes encarnados, em cada situação concreta, que definirão os discursos e os giros discursivos que irão, de fato, reger os laços sociais estabelecidos” (CARVALHO & COUTO, 2011, p.118). Resta, assim, ao psicanalista no campo das práticas hospitalares, construir a cada vez um lugar para o sujeito e, portanto, para o desejo.

O ato de diagnosticar também é apontado por Clavreul (1983) como um ato de mestria, na medida em que se trata de um dizer cujo produto é a classificação de uma doença. O que o autor apresenta é que na medicina o significante está em relação ao signo e produz um significado. Nesse caso, os signos são os sinais clínicos que o paciente apresenta e que se juntam para formar o diagnóstico, de tal forma que o autor aponta que “os signos são portadores de uma informação sobre a doença” (CLAVREUL, 1983, p.168). Nesse contexto, o mestre é aquele que nomeia, que diagnostica, prescreve, diz sobre o outro, aquele que se dirige ao saber e que, ao mesmo tempo, convoca os que estão na posição de tratar também a um saber.

Mas o mestre não é necessariamente o médico, e sim todo aquele que responde segundo a lógica desse discurso. O fato de o psicólogo ser chamado a intervir em alguma situação que se coloque como impasse, seja para o paciente, seja para a equipe, não garante que ele não responderá do mesmo lugar, o do mestre. Quanto a isso, Lacan (1969-1970/1992, p.72) alerta que “é sempre fácil voltar a escorregar para o discurso da dominação, da mestria”. Portanto, nem todo aquele que se diz no lugar da psicanálise, opera a partir do discurso do analista. Moretto (2019a, p.19) afirma ainda que “a sustentação do discurso analítico na instituição de saúde depende muito mais de cada psicanalista que da própria psicanálise”.

Para Miller (2017b, p.4) o discurso do mestre tem “pacto com a ciência” visto que funciona na lógica do para todos. Cabe lembrar, com Lacan (1966/2001), na conferência *O lugar da psicanálise na medicina*, da submissão cada vez maior da prática médica ao universo científico, que coloca nas mãos do médico uma infinidade de agentes químicos, novas técnicas e meios tecnológicos, chegando a interrogar onde está o limite em que o médico deve agir e a que ele deve responder. A saúde torna-se um objeto calculável, uma “receita fiscal”, e o que se perde de vista, cada vez mais, é o sujeito e o sentido que a doença tem para esse sujeito (ASKOFARÉ, 2006, p.65).

Se, no discurso do mestre, o S1 visa o S2 para responder ao que não se sabe, mantendo

o sujeito excluído dessa operação, o discurso do analista, propriamente o avesso do discurso do mestre, vem demonstrar que há um saber que não se sabe, e que está em outro lugar: é este saber que “é posto no centro, na berlinda, pela experiência psicanalítica” (LACAN, 1969-1970/1992, p.31). É por essa via que o discurso da medicina pode ser articulado ao discurso do mestre, tal como formulado por Lacan (1969-1970/1992), onde o sujeito que nos interessa está sob a barra do significante mestre, aquele que é enunciado pelo médico, que se encontra na posição do mestre, de quem detém a verdade sobre o outro que sofre.

No discurso do analista¹⁹, o analista não trabalha, quem trabalha é o sujeito (\square). O analista é, ele próprio, o objeto *a*, que vem no lugar do comando. Estar nesse lugar implica dizer que o analista ocupa uma posição esvaziada de saber, de onde o sujeito pode tentar dizer algo sobre seu sintoma, pois ele não está ali como o mestre. Por esse motivo, é desse lugar que o analista se dirige ao sujeito (\square), para que este trabalhe na produção do S1, dos seus significantes-mestres, movimento próprio de uma análise. É o que permite Lacan (1969-1970/1992, p.112) afirmar que o lugar do analista:

É como idêntico ao objeto *a*, quer dizer, a isso que se apresenta ao sujeito como a causa do desejo, que o analista se oferece como ponto de mira para essa operação insensata, uma psicanálise, na medida em que ela envereda pelos rastros do desejo de saber.

Portanto, a relação do analista com o saber se dá pela via do desejo de saber, e não do saber pronto e anterior ao encontro clínico. Estamos aí sem um *a priori*, sem saber o que vai acontecer, pois disso só saberemos num tempo depois, como efeito de um ato. Contudo, ainda que estejamos advertidos disso, isto é, que o saber em jogo é o saber inconsciente que advém da operação transferencial, isso não impede que, operando neste campo, tenhamos constituído um saber, que pode, na particularidade de cada caso, se mostrar como um saber eficaz.

Segundo Miller (2018), esse deslocamento promovido pelo discurso do analista, no qual o sujeito passa a ocupar o lugar onde estava o saber no discurso do mestre, pode ser lido como a formulação “lá onde isso era”²⁰, onde o *Es* é o próprio S2 (o saber), “o saber ao qual advenho na experiência analítica como sujeito da associação livre” (MILLER, 2018, p.228). Esse seria, para Miller, o dever analítico, ao promover uma inversão em relação ao discurso do mestre.

Lacan (1969-1970/1992) denota, com a colocação de um obstáculo (//) entre o S2, no

¹⁹ $\bar{a} \rightarrow \square$
S2 // S1

²⁰*Wo es war.*

lugar da verdade, e o S1, no lugar do gozo, que há no discurso do analista uma impossibilidade de tudo dizer sobre o gozo. Vale lembrar que gozo é o termo que Lacan utiliza para se referir à pulsão em sua dimensão mais além do princípio do prazer (Freud, 1920/2020). Foi no Seminário *De um Outro ao outro* (1968-1969/2008), Seminário que preparou o terreno para enunciar os quatro discursos no ano seguinte, que Lacan (1968-1969/2008, p.44) afirmou: “é por demais evidente que o gozo constitui a substância de tudo de que falamos em psicanálise”. Cabe nos estendermos um pouco sobre as contribuições de Lacan em relação ao lugar do gozo e da verdade neste seminário, antes de avançarmos.

Lacan (1968-1969/2008) situa o gozo como estando na origem do sujeito, naquilo que articula dois termos: o corpo e o grande Outro (A). Falar do gozo implica uma relação direta com o corpo. Não há gozo sem corpo, e é essa dimensão do corpo como lugar de gozo que Lacan (1966/2001) distinguiu ao falar da psicanálise no campo da medicina, duas práticas que incluem a experiência de corpo através de registros distintos.

No encontro do ser com o campo da linguagem, do significante que incide sobre o corpo, e que constitui propriamente a experiência de gozo, resulta um excesso que precisará ser esvaziado através de uma perda que deixa uma marca, traço. O que resulta dessa perda é o sujeito, barrado pela entrada na linguagem (\square), divisão estrutural e estruturante que dá origem ao que se denomina sujeito do inconsciente, o sujeito da psicanálise. O vazio deixado pela linguagem não pode jamais ser recoberto pelo significante. Nesse sentido é que dizemos que o gozo não pode ser totalmente simbolizável. A essa experiência de perda de gozo, que Lacan (1968-1969/2008, p.336) articula ao “mais-de-gozar”, o sujeito só tem acesso por uma elucubração de saber.

Na experiência analítica, trata-se de um saber sempre opaco, pois, o saber que tenta cernir essa experiência de gozo só logra fazê-lo através do objeto *a*, elemento que fica fora da cadeia significante e que permite, como vazio, hiância, fazer girar os discursos. Lacan (1968-1969/2008, p.45) afirma:

Não haveria discurso analítico nem revelação da função do objeto *a*, se o próprio analista não fosse o efeito, ou eu diria mais, o sintoma que resulta de uma certa incidência na história, que implica a transformação da relação do saber, como determinante para a posição do sujeito, com o fundo enigmático do gozo.

Dessa forma, o saber que o sujeito produz no lugar da verdade será sempre um semi-dizer, já que a verdade não pode ser toda dita. Como lembra Lacan (1967-1968, inédito, p.56), “o saber, em certos pontos que podem ser sempre desconhecidos, faz falha”. O saber falha porque há um limite do significante em produzir um S1 que possa dar conta do gozo do

sujeito, pois à primeira experiência de satisfação, a essa não se tem acesso. Por isso o gozo traduz a posição mais singular de cada sujeito.

2.2 Do mestre ao analista: a singularidade da prática analítica no hospital

É possível dizer que há um tensionamento em relação ao saber inevitavelmente colocado no trabalho do psicanalista no hospital. Esse saber pelo qual o psicanalista se interessa não pode vir antes, pois está franqueado à presença de um sujeito. Como apresenta Darriba (2017, p.39), “ao nos referirmos à impossibilidade de o saber vir a saber tudo, à questão de o sujeito residir justamente nesse limite, indicamos que o saber que concerne ao sujeito consiste sempre em um saber por vir”.

A partir do desenvolvimento das questões aqui apresentadas, podemos afirmar que nenhum somatório de saberes ou disciplinas poderá recobrir integralmente o sujeito, pois é de outra coisa que se trata. Como afirma Ansermet (2003, p.9), “não se é um especialista a mais, nem um especialista indeterminado. Para deixar seu lugar ao sujeito, ‘é preciso ignorar o que sabemos’, se orientar a partir da clínica, da constituição do particular do caso, sem *a priori*”. Cabe, então, ao psicanalista na instituição recolher as consequências de seu discurso.

Poderíamos, assim, pensar no trabalho do analista como sendo o de produzir a histericização do discurso ao permitir ao sujeito endereçar ao analista, identificado como supostamente aquele que sabe, uma elucubração de saber sobre as marcas deixadas pela experiência de ser marcado pelo significante câncer? Cabe lembrar, segundo Lacan (1969-1970/1992), que o discurso da histérica²¹ é aquele no qual o sujeito (□) está no lugar de agente, se dirigindo ao S1 (significante-mestre) com seu desejo de saber, sustentado pelo enigma no lugar da verdade, o enigma de sua própria divisão subjetiva. Na condição de paciente, só o sujeito pode enunciar um saber a partir da vivência de um câncer. O que ele faz com essas marcas é, em absoluto, um tratamento, e nesse sentido poderíamos afirmar que a experiência de ter passado por um câncer, doença que toca o corpo, e a maneira como cada sujeito se relaciona com seu corpo, sempre singular, abre uma via de trabalho cujos efeitos não podem ser verificados unicamente pelo tratamento médico. Trazemos um caso clínico onde podemos verificar os efeitos de um trabalho analítico no hospital.

²¹ □ → S1
a S2

Esse caso aborda a trajetória de tratamento de uma paciente com Leucemia Mielóide Crônica (LMC), ao longo de alguns anos, através de um projeto junto ao Serviço de Farmácia do hospital para acompanhamento conjunto de pacientes em tratamento com quimioterapia oral. A LMC é uma doença crônica com a qual o paciente pode seguir vivendo, aparentemente, sem sintomas. Por se tratar de doença crônica, e pelos avanços da medicina e da indústria farmacêutica, o tratamento consiste em quimioterapia oral, com a qual poderá manter-se em controle ao longo da vida, com vida “normal”, e não necessariamente levará ao óbito, ao contrário do que vemos normalmente quando se trata de outros tipos de câncer. A questão que se coloca é que o sucesso e manutenção do tratamento são indissociáveis do uso correto e controlado (não podendo haver nenhum tipo de interrupção) da medicação. É necessário, portanto, suportar os efeitos colaterais que, às vezes, se sobrepõem aos efeitos da doença percebidos pelo paciente. Vamos ao caso.

A. tem 63 anos de idade, é casada, mãe de três filhos, sendo dois falecidos (uma por doença degenerativa; e outro, vítima de assalto seguido de morte). Iniciou tratamento no INCA em 2006, após o diagnóstico de leucemia. O momento do diagnóstico, que foi acompanhado por internação hospitalar, é relatado pela paciente como um momento “traumático”, e o medo de nova internação lhe acompanha ao longo de todo o tratamento. Nesse mesmo ano, iniciou acompanhamento psiquiátrico na instituição, com uso de antidepressivo e benzodiazepínico, devido à depressão e sintomas de pânico. É importante ressaltar que, apesar das inúmeras queixas que compareciam nos atendimentos (dores, enjoos, queimação, ansiedade, medo, pânico), sobretudo com descrição minuciosa do mal-estar no corpo, a paciente descontinuava o tratamento medicamentoso, por conta própria, ou fazia uso sem seguir a prescrição, ainda que assumisse a responsabilidade por isso.

O acompanhamento na Psicologia só teve início quatro anos após o início do tratamento na instituição, naquele momento motivado por quadro depressivo, humor entristecido, atribuindo à doença a origem e a causa de várias insatisfações em sua vida. A queixa quanto à doença se mantém até os dias atuais, pois A. não aceita “ter um câncer”. Devido às inúmeras queixas da paciente quanto ao uso do medicamento (chegando a dizer que se sentia piorando com o remédio), a primeira psicóloga fez um encaminhamento à Farmácia para acompanhamento e orientações farmacoterápicas.

No momento em que conhecemos a paciente ela ainda se queixava dos mesmos sintomas. Relatava “*crises de ansiedade*” toda vez que precisava vir ao hospital. Crises que se iniciavam pela manhã, com dores intestinais, enjoos, vômitos e diarreias. A. chegava a relatar a frequência com que precisava voltar para casa no meio do caminho, pelas dores na barriga.

Certa vez precisou pedir ao motorista do ônibus para parar no meio do caminho (uma ponte que liga dois municípios), pois foi tomada pelo pânico de não conseguir chegar ao outro lado. A fala que consegue associar a esse mal-estar é do medo de progressão da doença, e da necessidade de vir a ficar internada. As sessões são marcadas por longo tempo queixando-se de cada parte do corpo que dói, e pela raiva e frustração em relação à medicina não fazer cessar suas dores, sobretudo seu descontentamento com o médico que lhe atende “*em cinco minutos*” e “*não dá a mínima para suas queixas*”. Apesar da alta da Psiquiatria, manteve uso de clonazepam, sem qualquer acompanhamento médico. Cabe ressaltar que seu tratamento é marcado por várias vindas ao Extra (uma modalidade de pronto atendimento em sua própria clínica de tratamento, a Hematologia) e à Emergência; em alguns momentos, duas a três vezes por mês. Todas as vezes que recorria ao Extra ou à Emergência, eles pareciam, em seu relato, não conseguir resolver seu mal-estar, o que a fazia procurar outros médicos e hospitais, na tentativa de encontrar uma resposta para o mal do qual se queixava.

O discurso da paciente gira em torno do corpo, das dores, as quais descreve com precisão de detalhes, atribuindo-as ao tratamento, chegando a ocupar todo o tempo do atendimento com tais descrições. Suas queixas também justificam, assim ela descreve, seu desânimo para quaisquer outras atividades em sua vida: desde o cuidado consigo mesma, seus projetos de vida, seus laços socioafetivos. Durante algum tempo, sua rotina consistia em fazer uso dos medicamentos diariamente, ir às consultas médicas, e cuidar da filha totalmente dependente. Cabe dizer que essa é a filha mais velha, que sofria de doença neurológica, o que a deixava totalmente dependente para os cuidados diários.

Era pela via do corpo e das dores que A. conseguia falar. Por vezes apareciam, no finalzinho das sessões, falas como “*minha vida é um vazio*”, ou “*tenho muito medo de morrer*”, ou ainda “*parece que ninguém dá importância para o que eu falo*”. Com frequência A. vinha se queixar de que o médico não dava atenção ou não tinha paciência com ela, o que se escutava por falas como “*você de novo aqui? Hoje não é seu dia*”, ou “*você não tem nada, pára de inventar problema*”, e ainda “*isso é para você falar com a sua psicóloga*”. Essa era a brecha para que o trabalho subjetivo pudesse se dar. Convidamos a falar desse vazio e dessas coisas para as quais “ninguém dá importância”.

Assim ia deixando aparecer alguma coisa de outra ordem, tal como: a insatisfação com a sua vida, com o casamento, com a sua própria imagem. Aos poucos começava a dar lugar para falar da culpa pela vida que a filha levava (surgiam lembranças da gravidez, e do quanto apertava a barriga até os cinco meses para o pai não perceber a gravidez). Através da dor e da doença, aos poucos, A. falava da relação com o seu corpo, e de certa forma com seu desejo.

Muito vagarosamente, foi se permitindo delegar ao marido, e à outra filha, alguns cuidados com a filha dependente, e assim pôde fazer laços com outras coisas na vida: ir à fisioterapia, entregar produtos da Avon, vir às consultas.

Apesar de a nova psiquiatra ter receitado antidepressivo, A. decidiu, por conta própria, não fazer uso do remédio. Apostamos, naquele momento, na palavra para tratar de seu mal-estar, que aos poucos ia dando lugar a outras questões. Começava a se queixar não somente do corpo, mas da falta de prazer na vida, como, por exemplo, não se permitir nenhuma atividade de lazer, pois logo aparecia a culpa pela filha não poder usufruir do mesmo. Culpava-se toda vez que sentia prazer em alguma coisa: “*não consigo sair para me divertir sabendo que ela está aqui e não pode*”. Isso parecia dizer algo de sua posição subjetiva, a qual implicava certo gozo em se queixar de um corpo que dói, e que parece encobrir qualquer possibilidade de sentir prazer com esse mesmo corpo. Nesse momento em que consegue se desligar um pouco mais de algumas tarefas cotidianas relata um sonho, no qual sonha com a morte da filha e, em atendimento, fala da culpa por esse sonho, na medida em que transparecia algo de um desejo. O sonho vinha na sequência de um atendimento onde se justificava ao se comparar às outras pessoas: “*eu não posso nem viajar porque eu preciso cuidar da minha filha*”. O que a psicanálise nos ensina é que a surpresa do que aparece no sonho adquire importância por ser considerado um achado, a manifestação mais evidente de conteúdos inconscientes.

Após cerca de dois anos de atendimento, A. começava a interrogar-se sobre o porquê de tantas dores no corpo, associando-as a algumas perdas vividas como traumáticas (a morte da mãe, quando tinha onze anos; o abuso de seu corpo pelo pai, que era seguido de espancamentos quando se recusava ou contava para alguém; a morte do filho assassinado ainda muito jovem). De repente surge uma lembrança infantil, que aparece como um achado, causando uma surpresa na paciente quando ela passa a narrar sobre o fato. Ela diz que passou a ser abusada pelo pai depois que a mãe faleceu, quando ela tinha onze anos de idade. Conta que quando tentava falar para alguém, ele dizia que ela tinha problemas e que estava ficando louca. Certo dia foi ao hospital porque sentia fortes dores na barriga, e ao tirar a roupa o médico perguntou sobre as marcas que tinha em seu corpo, mas ela não teve coragem de dizer que eram devidas às surras do pai, toda vez que ela saía para se divertir ou se interessava por alguém. O pai só parou de abusar quando ela conheceu seu marido aos 15 anos, e foi essa a oportunidade para sair de casa. Em pouco tempo engravidou, e hoje se recorda que por muito tempo chegou a achar que a filha (que nasceu com problemas neurológicos) era do pai, mas depois se convenceu de que não.

Era o início de outro momento em seu tratamento, e que nomeamos como trabalho analítico. A. decide então falar da relação conjugal, da sua vaidade, e da ambivalência quanto aos cuidados da filha (desejo pelo fim do sofrimento, e culpa), em algum momento deixando escapar: “*é muita coisa sabe, o corpo não aguenta*”. Apontamos então para a possibilidade de falar do que ela não aguenta, e assim poupar um pouco aquele corpo que parecia já ter sinalizado muitas coisas para ela. Nesse momento a filha é hospitalizada, hospitalização que se prolonga, e que permitiu que A. tivesse um tempo maior para si. Passou a recorrer à Nutrição, alegando: “*tudo o que eu como me faz passar mal*”. No entanto, tudo o que a instituição tinha para lhe oferecer parecia não dar conta de sua demanda: o medicamento de primeira linha, que a mantém em controle da doença, faz “*passar mal e piorar*”; os médicos da emergência não conseguem fazer cessar o mal-estar; o suplemento e a dieta que a nutrição fornece “*não adiantam*”. O que A. está pedindo, afinal? Nesse momento aparece evidenciada a falha entre demanda e desejo. Nada satisfaz!

A filha permaneceu internada por quase dez meses e então faleceu no hospital. A. vem com o marido para falar da dor da perda. Os dois estão muito tristes e abatidos com a perda da filha. A dor se localiza no peito, mas, em vez de falar da dor, ela decide buscar atendimento no Extra. Então eu pergunto por que ela está indo ao Extra (atendimento médico) se a dor que está sentindo parece ser de tristeza pela morte da filha? Mas isso não surte efeito, e A apenas diz que a dor é anterior à morte da filha, e que sempre teve dor ali, até a boca do estômago, apontando aí para uma dificuldade de subjetivar a dor de um luto.

Por algum tempo questionava-me sobre a eficácia da minha escuta, pois algo parecia não andar, ela não saía do lugar, preferindo a queixa e o gozo de sua impotência. O que do ponto de vista médico parecia uma “*não adesão ao tratamento*”, pode, por outro lado, ser lido pela psicanálise como “*adesão à doença*”. A. seguiu em atendimento, queixando-se de dores piores após a morte da filha, até que, em determinado momento, interrompemos sua fala perguntando: “*que dor é essa?*”. Pergunta que fez com que A. ficasse em silêncio, após o que a sessão foi encerrada. Algo parece tê-la surpreendido, afinal ali era o lugar de se queixar da dor para alguém colocado no lugar de quem saberia tratar a dor. O trabalho seguia na direção de transformar a dor em sofrimento, deslocando-se do orgânico para outro registro.

Lacan (1967-1968, inédito) lembra que o ato analítico é aquele que traz o efeito de surpresa, instaurando um corte no tempo, cujos efeitos serão percebidos no *a posteriori*, e o analista, aquele que é feito para dar a resposta que não se espera. Naquele momento parece ter sido aberto um enigma para A. Se antes o vetor sobre a dor era dirigido a um Outro no lugar de saber, daquele que pode nomear e prescrever algo que faça cessar a dor, ao retornar para

ela a pergunta, isso a relançava para um outro nível²², fazendo aparecer seu lugar de sujeito em sua própria queixa. Penso que nossa pergunta pode ter tido esse efeito, na medida em que permitiu uma mudança de posição do sujeito.

A partir daí, A. começou a trazer outras questões. Isso nos parece ser propriamente o que se presta ao trabalho analítico, isto é, o sujeito no lugar de quem trabalha e pode dar lugar a um saber que ainda não se sabe. Enquanto a resposta para seu mal-estar era buscada na medicina (extra, emergência), isso era respondido com remédio, que não fazia cessar. Lacan (1967-1968, inédito) aponta, no Seminário *O ato psicanalítico*, que esses pontos nos quais falha um saber são os que concernem ao sujeito.

É preciso apostar que o que se passou nesse caso, pela via da transferência, foi a instauração do sujeito suposto saber, com o que se operou, a partir daí a colocação em ato do inconsciente. Com isso, o mal-estar do qual a paciente se queixava se deslocava do registro do sintoma médico para o sintoma analítico. A pergunta dirigida à A. talvez tenha produzido, como efeito, a possibilidade que passou a existir de metaforizar os lutos que não puderam ser elaborados. A partir desse momento, A. começou a falar do luto, não mais do corpo, por um bom tempo poupado de dores, vômitos, enjôos, apertos. Passou a cuidar mais da aparência, que sempre associara a um “fantasma” (“*esse remédio me deixa branca como um fantasma*”).

As dores continuaram, mas agora A. já podia falar: “*essas dores não se curam com remédio*”. O recurso ao hospital vai diminuindo aos poucos, e já não precisa recorrer ao pronto atendimento com tanta frequência. Mais recentemente, fala em atendimento de que suspeita que essas dores, e o fato de se queixar tanto, talvez seja uma maneira de se sentir cuidada, olhada pelo outro: “*you sabe né, meu marido só quer saber de ficar na frente da televisão, e quando insinuo que estou viva, ele se espanta e diz: como eu vou saber, se você sempre está passando mal?*”. Então A. indaga: “*será que pode ser isso?*”. A palavra “viva” na fala de A. parece então contrastar com o “fantasma”, mortificação do corpo a partir da vivência da doença.

Pode-se dizer que o encontro com a analista produziu efeitos terapêuticos no tratamento. Neste momento, A. tem dirigido menos queixas aos médicos e medicamentos. Apostaríamos dizer que, nesse caso, o que veio a possibilitar alguma mudança nessa paciente não foi da ordem do ato médico, mas sim do ato analítico. Mudança, “melhora”, não apenas

²²Aqui tomamos como referência o grafo do desejo, apresentado no texto *Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano*, no qual Lacan (1960/ 1998, p.829) aponta para a função do corte como aquilo que lança o sujeito em outro patamar, não da demanda, mas sim do desejo: “Eis porque a pergunta do Outro, que retorna para o sujeito do lugar de onde ele espera um oráculo, formulada como um *Che vuoi?* – Que quer você?, é a que melhor conduz ao caminho de seu desejo”.

na perspectiva do que caberia a um acompanhamento psicológico complementar aos procedimentos médicos, mas no plano do tratamento mesmo que responde à demanda do doente ao hospital. Ao dizer isso, estamos sendo freudianos, pois o que operou uma mudança de posição dessa mulher frente ao tratamento, ao próprio corpo, e à sua vida, foi o sujeito tomar parte, implicar-se ali onde se queixa, dando ao gozo outro destino que não a dor no corpo.

Esse caso nos faz, ainda, indagar: o que essa mulher demandava ao procurar incessantemente o hospital, ainda que estivesse bem e com a doença controlada? Do ponto de vista da medicina, não havia sintoma a ser tratado. Isso nos remete ao que Lacan (1966/2001) apresenta na conferência *O lugar da psicanálise na medicina*, ou seja, que muitas vezes o que se demanda no tratamento não é a cura. Gérard Miller (1989, p.254) lembra que “se a psicanálise é um tratamento, se cria um problema com a noção de cura, que é problemática em psicanálise, e isso se pode entender de uma maneira muito sensível: a noção mesma de cura é solidária da noção de sintoma”. Falar em cura é uma questão cara quando pensamos a psicanálise no campo da medicina, pois nesse é justamente a cura que é visada. Mas Lacan (1967-1968, inédito, p.154) acrescenta: “a histérica se cura de tudo na psicanálise, menos de sua histeria”.

No contexto hospitalar, o que está colocado em evidência é o sintoma médico. Sabemos, entretanto, que o que fazia A. retornar ao hospital era outro sintoma, do qual ela não sabia. A passagem do sintoma médico ao sintoma analítico dependeu da recusa da posição de mestria, quando a pergunta pôde ser dirigida para ela. Para Lacan (1969-1970/1992, p.50):

Se o analista trata de ocupar esse lugar no alto e à esquerda que determina seu discurso, é justamente porque de modo algum está lá por si mesmo. É lá onde estava o mais-de-gozar, o gozar do outro, que eu, na medida em que profiro o ato analítico, devo advir.

A instituição se apresentava como esse lugar do saber, do qual se espera sempre uma resposta, uma prescrição, um diagnóstico, um encaminhamento, porque é o “lugar dos especialistas”. Mas não era ali que A. encontrava as respostas, ou melhor, a resposta que encontrava nunca satisfazia. Ao recusar a posição de mestria, o saber se desloca, e a divisão do sujeito pode aparecer. Podemos dizer que esse deslocamento (dor → sofrimento → luto) foi efeito da presença da psicanalista, presença que instaura a abertura para o inconsciente, um trabalho que demandou tempo, suportando o mal-estar pela suspensão de um pronto dizer.

A escrita do caso, em um tempo depois, me permitiu pensar se o corpo de A não condensa a marca de gozo de um corpo “mal tratado” (a escrita aqui é proposital).

“Maltratado” pelo pai, “mal tratado” pela medicina, no sentido de que a medicina não consegue tratar dessa dor, que não sabe tratar daquilo que ela sente.

O que podemos extrair desse caso é que doença e mal-estar não coincidem, o que remete a outra paciente, que no segundo atendimento chega dizendo: “*Doutora, hoje eu vim pensando, será que eu posso falar de outra coisa?*” (SWINERD, 2016). É sobre essa outra coisa que a psicanálise tem sua função. Note-se que a maneira como a paciente se dirige ao profissional no hospital identifica-o na posição de doutor; no caso, daquele que sabe. Todavia, sabemos com a psicanálise que o nosso lugar é o de um suposto saber, e é a partir daí que podemos escutar o mal-estar que o sujeito endereça. Nessa clínica, trata-se do mal-estar singular, o que constitui a clínica propriamente da psicanálise uma vez que “o mal-estar é inarredável” (MANSO, JORGE & ALBERTI, 2016, p.1131). A doença pode ser curada pela medicina, o mal-estar é outra coisa.

Então, poderíamos dizer que, quando o psicólogo na equipe é chamado, ele o é para comparecer com um saber que falta. Espera-se dele uma palavra, um conhecimento, uma explicação, que possam assegurar o que se passa com determinado paciente. Mas é preciso lembrar, com Lacan (1954-1955/1985, p.30), que “há em todo saber, uma vez constituído, uma dimensão de erro, que consiste em esquecer a função criadora da verdade em sua forma nascente”. É essa dimensão da verdade com a qual o psicanalista trabalha.

Nessa experiência do psicanalista no hospital, cabe então interrogar o que produz efeitos terapêuticos para o paciente. Aqui, estamos de acordo com Miller (2018, p.326) quando afirma, a partir de Lacan, que “sim, o efeito terapêutico existe na psicanálise”, e esta é uma questão da qual o psicanalista no hospital se ocupa. No entanto, há que se pensar, através de cada caso, como e onde tais efeitos se verificam.

Os significantes que comumente são utilizados para descrever determinados estados do paciente, para os quais o psicólogo é convocado a responder, tais como: “paciente queixoso”, “deprimido”, “não cooperativo”, “com agitação psicomotora”, parecem ter a função de organizar e tratar a angústia da própria equipe, “na medida em que possibilitam à equipe uma espécie de suspensão das incertezas, devolvendo-lhe a condição de agir com assertividade, sem vacilos nem questionamentos” (MORETTO, 2013, p.362). Se por um lado isso pode apaziguar a angústia da equipe, por outro o que se verifica é o apagamento do sujeito. Mas a experiência analítica articula o que se apresenta como furo de saber. Talvez seja nesse sentido que Lacan (1968-1969/2008, p.333) afirma que “o ato psicanalítico se apresenta como incitação de saber”.

2.3 Efeitos da prática analítica no hospital: entre a eficácia e a ética

No Seminário *A ética da psicanálise* (1959-1960/1997) Lacan se debruça sobre a questão da prática do analista e os seus problemas técnicos, a partir do que já havia enunciado no texto *A direção do tratamento e os princípios do seu poder* (1958/1998). Acompanhamos Lacan em sua indagação sobre o que se demanda em uma análise, cuja resposta parece apontar para a mesma que Freud já anunciara em *O mal-estar na civilização* (1930), isto é, a felicidade.

Falar em felicidade pode parecer vago demais, extenso demais, como um campo do ideal humano a ser atingido. É preciso então lembrar que Lacan (1959/1960-1997) marca uma diferença com essa visão adotada por Aristóteles, ao se referir à felicidade como um fim, ou um bem a ser alcançado, de tal forma que toda ação se traduziria como uma certa pedagogia, uma disciplina da felicidade, centrada nas atitudes virtuosas. Lacan adverte, efetivamente, para o que se opõe a esse ideal, pois a psicanálise não é uma disciplina, e por isso não há nada parecido quando se fala em uma prática analítica. O que se denomina felicidade tem, para cada sujeito, um sentido particular, e é isso o que se apresenta ao analista como demanda de felicidade (LACAN, 1959-1960/ 1997).

Podemos tomar essa questão que Lacan desenvolve nesse Seminário, articulada ao que faz questão também nessa tese, por exemplo, quando escutamos dos pacientes em atendimento: “*será que nunca mais vou poder trabalhar e ter uma vida normal?*”, ou “*só queria poder voltar a ter a minha rotina, trabalhar, correr na praia, sair com os amigos*”. Isso que pode ser enunciado de maneira mais singular por cada sujeito diz respeito mais especificamente à questão do desejo, e é nesse ponto que Lacan apresenta a ética da psicanálise.

Nesse campo, é disso que se trata. Quando tomamos o caso dos pacientes que passam pela experiência de ter uma doença como o câncer, isso fica mais evidenciado, já que estão mais próximos da ideia da morte: “*é essa invasão da morte na vida que confere seu dinamismo a toda questão, quando ela tenta formular-se sobre o tema da realização do desejo*” (LACAN, 1959-1960/1997, p.353). Isso que Lacan apresenta como invasão da morte na vida, também pode ser escutado como o encontro com o real, aquilo que invade a vida e que coloca o sujeito frente a sua própria finitude.

Na prática analítica, a função do analista não é a de garantir o bem supremo, pois ele não só não tem o que lhe é demandado, como também sabe que ele não existe. Essa é a

problemática central, e a novidade introduzida pela experiência analítica, tal como afirma Lacan (1959-1960/1997, p.267):

A cada instante temos de saber qual deve ser nossa relação efetiva com o desejo de fazer o bem, o desejo de curar [...]. Diria mais, designar nosso desejo como um não-desejo de curar. Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatrua benéfica do querer-o-bem-do-sujeito.

Cabe determo-nos um pouco mais na questão da ética da psicanálise.

No início do Seminário *A ética da psicanálise* (1959-1960/1997), Lacan aborda a questão da ciência, *episteme*, como campo da ordem não contestada, que acaba por definir uma norma, *éthos*. Diante do que se apresenta como norma, o problema que se coloca é o de saber “como é que no sujeito a adequação pode ser obtida, quem o fará entrar nessa ordem, e submeter-se a ela?” (LACAN, 1959-1960/1997, p.33). O recurso à tragédia de *Antígona*, tomada por Lacan nesse Seminário, parece fornecer a luz que aponta para o centro da questão da ética, e que diz respeito à dimensão própria do desejo. Para Lacan, se há algo que a experiência analítica fornece e se coloca como medida de nossa ação é o desejo.

Através de *Antígona*, Lacan apresenta o mais trágico da experiência, que é propriamente a presença da morte na vida, ou, como ele mesmo enuncia, “o destino de uma vida que vai confundir-se com a morte certa, morte vivida de maneira antecipada, morte invadindo o domínio da vida, vida invadindo a morte” (LACAN, 1959-1960/1997, p.301). Nessa peça, encontramos o diálogo entre dois lados: o daquele que fala e se conduz em nome do bem de uma comunidade, o de “querer fazer o bem para todos” (p.313); e do outro, aquela que transpõe os limites, pois não se submete à lei que vale para todos, fazendo valer a lei do próprio desejo. É nessa segunda posição, a de *Antígona*, onde Lacan situará a ética da psicanálise.

Antígona, conhecida peça de Sófocles, narra a trajetória de uma mulher que articula o desejo à dimensão trágica da vida, colocando, lado a lado, a ação e o desejo. Lacan chama a atenção para essa dimensão trágica, como aquilo que impulsiona o sujeito nas vias de seu desejo. É nisso que consiste o paradoxo do belo em meio ao trágico. Lacan (1959-1960/1997, p.339) assim diz: “para *Antígona* a vida só é abordável, só pode ser vivida e refletida a partir desse limite em que ela já perdeu a vida, em que está para além dela – mas de lá ela pode vê-la, vivê-la sob a forma do que está perdido”.

Levar às últimas consequências o mandato ético de seu desejo, apresentado por Lacan como juízo ético, é propriamente o que se verifica na ação analítica, ao colocar em marcha o

axioma freudiano *lá onde isso era, devo eu (o sujeito) advir*. Esse é o mandato ético que interroga o sujeito: “agiste conforme o desejo que te habita?” (LACAN, 1959-1960/1997, p.376), imperativo ético, que governa o sujeito em suas ações, e que se coloca como problemática central, a novidade introduzida pela experiência analítica.

Sobre essa dimensão trágica do ato, Lacan (1967-1968, p.238) também afirmou, no Seminário *O ato psicanalítico*, que:

Qualquer um que se engaje sozinho no ato, está voltado a este destino de tornar-se enfim apenas o dejetivo de seu próprio empreendimento’ (...) o herói é aquele que, na cena, não é nada mais do que a figura do dejetivo onde se fecha toda a tragédia digna desse nome.

Não é pouco comum escutar os pacientes em tratamento de câncer se utilizarem de metáforas bélicas ao narrarem suas experiências: “*é uma luta diária para vencer o inimigo que se instalou no meu corpo*”, ou da própria equipe: “*você está sendo muito guerreiro*”, ou ainda: “*esse paciente é um sobrevivente*” (SONTAG, 2002). Note-se que nesse campo de batalha há um duelo entre a vida e a morte, e o herói nem sempre é o que vence a morte, mas aquele que na maior parte do tempo deixa à mostra as suas feridas, dores, medos, inseguranças e fragilidades, mas, ainda assim, é capaz de manter-se vivo em seu desejo.

Certa vez uma médica, após conversar com o paciente, em linha final de tratamento, sobre as poucas chances frente ao avanço da doença, nos procura para pedir que o atendêssemos, pois percebia que o paciente “*estava negando aquela situação*”, pois continuava fazendo planos mesmo após a comunicação da brevidade do tempo. Era um jovem de 26 anos, com leucemia aguda, sem perspectiva de cura e já com muitas perdas decorrentes do tratamento. Ainda assim o paciente insistia em desejar comprar uma moto, que sempre fora seu sonho; e fazer uma tatuagem, o que nunca fora permitido pelos pais, então aguardava o momento de poder decidir sobre a própria vida. O paradoxo era: como, diante da morte que se aproximava, aquele paciente podia desejar alguma coisa? Sim, aquele paciente desejava, e foi isso que o permitiu manter-se vivo até o dia da sua morte.

Ao polo do desejo, contrapõe-se a ética tradicional, que tem na moral aristotélica – a que se funda numa ordem ideal – o seu paradigma, e que na tragédia grega aparece enunciada pela figura de Creonte, a serviço dos bens. Lacan faz então uma aproximação entre a ética tradicional e o mestre, ao visar o bem como ideal.

O que nos interessa, ao trazer o exemplo de *Antígona* para falar da ética que situa a diferença da psicanálise, a ética do desejo, é o ponto no qual Lacan (1959-1960/1997, p.321) afirma que a “tragédia é uma ação”, o que equivale dizer de seu valor de corte: “o corte que a

própria presença da linguagem instaura na vida do homem” (p.338). Corte, ruptura que instaura uma diferença em relação a um antes. Poderíamos dizer que é na medida em que Antígona transpõe, ou melhor, transgride o limite, vai além, e com esse passo recusa o que seria a lei que vale para todos, passo sem volta, que fazemos aproximar do que mais tarde Lacan denominará de ato analítico. Antígona instaura outra ética, a ética do desejo, “o puro e simples desejo de morte como tal” (LACAN, 1959-1960/1997, p.342).

Se a ética tradicional, aquela que exige que o sujeito seja, ou faça algo, aponta para a ordem do possível, de um resultado a ser alcançado como ideal, então poderíamos aproximar esta do campo das terapêuticas, na medida em que o que se visa é um resultado, um efeito, o bem do indivíduo, ao desejar que a coisa ande. Essa é, tal como indicado por Miller (2018) a função mesma do terapeuta, identificado como aquele que pode curar o outro de seu sofrimento. O que com Lacan vemos apontado é que na psicanálise se trata de outra coisa, ao afirmar: “para que se trate do campo que pode ser valorizado como puramente ético, é preciso que não estejamos, de modo alguns interessados em nada” (LACAN 1959-1960/1997, p.378). O único imperativo ético que interessa e que governa, comanda o sujeito, é o do gozo.

É certo que a psicanálise, desde Freud, preocupava-se com os efeitos terapêuticos do novo método de tratamento, como já demonstrado no capítulo anterior, e que pode ser comprovado ao longo de sua obra, e em especial no fragmento abaixo,

Na psicanálise, desde o início havia uma associação entre curar e pesquisar, e o conhecimento trazia o sucesso, não se podia tratar sem experimentar algo novo, não se obtinha esclarecimento sem vivenciar o seu efeito benéfico. Nosso procedimento analítico é o único que mantém essa preciosa conjunção [...] essa perspectiva de ganho científico constitui o traço mais nobre e feliz do trabalho analítico. (FREUD, 1927/2019, p.298).

Para Machado e Aguiar (2016), a ênfase na eficácia terapêutica é característica da prática psicanalítica norte-americana, tendo se desenvolvido a partir de 1930, caracterizada pelo empuxo à adaptação social, na qual “a ênfase deslocou-se para os efeitos terapêuticos das análises, entendidos como garantia de eficácia” (p.214). A concepção de uma garantia de eficácia aponta antes de tudo para o lugar daquele que dirige o tratamento, não um lugar esvaziado de saber, mas um lugar de saber consistente, que preexiste ao encontro com o sujeito. É isso que pretendemos demarcar aqui, através dos fragmentos clínicos que apresentamos ao longo dessa tese, como o que vai na contramão do que se opera na prática analítica.

O que terá valor de eficácia da prática analítica em hospital não pode ser determinado

antes, tal como vemos estabelecido nos protocolos da medicina baseada em evidências. É baseado em uma evidência prévia, que possui forte valor de comprovação e confiabilidade, que a medicina trata o indivíduo. Quanto maior a estatística de determinado resultado, maior a sua confiabilidade e poder de aplicabilidade. Em psicanálise, não há um *a priori*, é somente no depois, no encontro com cada paciente, que os seus efeitos poderão ser recolhidos. O novo paciente recoloca, a cada vez, o analista na posição de um saber sempre a advir. O problema da eficácia parece, portanto, responder à instituição nesse lugar de quem pode oferecer garantias, de quem pode tratar do doente com um saber especializado. Nesse sentido, o empuxo aos resultados que podem ser contabilizados, e que marcam um pouco a lógica da medicina, calcada em resultados e evidências comprovadas cientificamente, segundo Fagundes Neto (2014, p.66):

[...] mais parecem ser uma maneira de se reintroduzir uma medida, um limite no terreno ilimitado da clínica. Ou seja, a medida parece ser fundamental para remediar a angústia daquele que tem que tomar uma decisão no âmbito de uma clínica em que a escuta do caso a caso parece não mais estar em primeiro plano.

3 HÁ ATO ANALÍTICO NO HOSPITAL?

Todo discurso produz atos como efeitos. Esse discurso que é o meu tem essa dimensão de ato, no momento em que falo de ato.

Lacan, 1967-1968

Este capítulo traz para o centro da discussão o que estamos chamando de ato analítico ao longo da tese. Nos capítulos anteriores apontamos para o próprio estatuto de ato no momento de invenção da psicanálise como práxis. Com Lacan (1968-1969/2008, p.340), podemos localizar esse como o ato primeiro que inaugura a psicanálise, “o ato decisivo a partir do psicanalisando, que instaura o psicanalista”.

Se a psicanálise traz a marca de um ato desde sua origem – com o ato freudiano fazendo aparecer o sujeito do inconsciente – podemos ainda dizer que esse ato é o que vem subverter a ordem médica, único olhar possível até então para o tratamento do sofrimento. No final do capítulo anterior, abordamos a ética da psicanálise como sendo aquela que traz para o centro da questão o desejo, e será a partir daí que seguiremos pensando o ato analítico. Segundo Moretto (2001), se Lacan introduz o conceito de ato é para retirar a psicanálise do âmbito das regras e (por que não?) de certa normatividade, visto que esta se dirige ao “como fazer”, para a esfera da ética, muito mais do “fazer com”. Então, falar da experiência analítica, da clínica que realizamos no hospital, só é possível se fizermos a partir dessa dimensão ética, porque a finalidade da psicanálise não se encerra em sua técnica, mas sim, e antes de tudo, convoca uma ética orientada pelo real que sempre escapa, e diante do qual a psicanálise não recua.

Com Freud, aprendemos que a prática da psicanálise é uma prática de palavra. Prática enquanto ato de dirigir-se ao outro, que ganha o nome de transferência, conceito fundamental da psicanálise. A transferência, um dos princípios da prática analítica, enlaça analista e analisando e instaura o lugar do Outro, como sintetiza Laurent (2006, p.159)

O laço da transferência supõe um lugar, o “lugar do Outro”, como diz Lacan, que não está regulado por nenhum outro particular. Este lugar é aquele onde o inconsciente pode se manifestar em um dizer com a maior liberdade e, portanto, onde aparecem os enganos e as dificuldades. A transferência estabelece o lugar do Outro, lugar onde o inconsciente se manifesta.

O ato de escutar suas pacientes introduziu na cena analítica um novo elemento, o

inconsciente, presentificado no ato de falar. Ato que faz aparecer o sujeito da linguagem, que na experiência analítica passa a ocupar o lugar antes ocupado pelo saber no discurso do mestre. Colocar o sujeito a trabalho significa, então, e ao mesmo tempo, sair desse lugar de agente, de quem comanda, restando apenas nesse lugar não aquele que visa apenas o saber sobre o outro, que Lacan (1969-70/ 1992, p.32) identifica como “tudo saber” no lugar do senhor (que na cena hospitalar se apresenta como aquele que tem um diagnóstico, ou uma prescrição), mas aquele a quem se supõe um saber que faz o sujeito trabalhar. Resta ao analista recolher os efeitos desse trabalho, pois, segundo Veras (2016), o ato de falar não se dá sem efeitos, é pelo ato que se pode demonstrar o real e daí extrair algum tipo de consequência. Vejamos então que consequências podem ser extraídas a partir desse ato.

3.1 O ato subversivo da psicanálise

Já sabemos que o hospital é o lugar onde impera a ordem médica, o que não poderia ser diferente, pois é justamente o lugar de onde se esperam as respostas para as doenças em suas diferentes manifestações no corpo. É isso que o paciente espera encontrar ao buscar um hospital de referência e excelência no tratamento do câncer, por exemplo. Esse é o cenário dos avanços científicos concernentes à área médica, “templo moderno da ciência” (MORETTO, 2001, p.66).

Estar nesse cenário do qual se esperam as evidências científicas, também têm implicações para o psicanalista. No *Prólogo de Guitrancourt*, Miller (1988/2015) indaga acerca das evidências que um psicanalista pode dar provas. Essa evidência, em primeiro lugar, não é algo que possa ser definido e garantido por um diploma, tal como Lacan (1967-1968, inédito) apresentou no seminário *O ato psicanalítico*, mas é antes algo que só pode ser verificado na fala do paciente, porque é aí que o inconsciente se manifesta. Afinal, de que evidência o analista pode dar provas, já que no campo científico “dar provas” equivale a falar de resultados (BRODSKY, 2004)? Essa experiência constitui o núcleo de tudo o que pode ser transmitido pela psicanálise.

Trazer a questão do ato analítico para essa tese é trazer para a discussão não só os efeitos de uma prática psicanalítica, onde quer que ela aconteça, mas também o próprio lugar do analista que se instaura no momento desse ato. É nesse sentido que localizamos o ato no nascimento mesmo da psicanálise e do analista (LACAN, 1967-1968, inédito), como atos

subversivos. Segundo Alain Didier-Weill (1988, p.142), “se Freud é o passante da psicanálise é porque seu meio-dizer é de natureza a receber de seu bom entendedor um efeito de simbolização de só depois”. Esse só depois é capaz, tal como vimos sustentando nessa tese, de atestar ao mesmo tempo a presença de um analista e de um sujeito do inconsciente. Esse nos parece ser, por excelência, o ato analítico, na medida em que faz aparecer o sujeito do inconsciente, e ao mesmo tempo recoloca para o analista a questão de ser analista.

A invenção da psicanálise conferiu um lugar, ao mesmo tempo, ao sujeito do inconsciente e ao analista, na medida em que a posição de fala do paciente supõe um Outro que possa escutá-lo. O ato de falar faz aparecer o sujeito, tal como extraímos do legado freudiano e do ensino de Lacan, pois é a partir do discurso do mestre, discurso cujo matema aponta para a própria estrutura do inconsciente (S1-S2), discurso primeiro na articulação lacaniana, que os demais discursos se instituem. Brodsky (2004) chama atenção para a palavra *subversão*, que pode dizer algo da dimensão de ato na experiência de transformação do sujeito, na qual não há como dar “marcha à ré” (p.46). É a isso que estamos nomeando como ato subversivo, pois é a partir do que falha na estrutura de um saber que diga tudo sobre o sujeito, que um novo saber pode aparecer, ou melhor, que o que resulta disso é um sujeito no lugar da falha.

Lacan (1960a/1998; 1968-1969/1992) utiliza a palavra *subversão* em alguns momentos de seu ensino, mas aqui destacaremos apenas dois momentos. Sob esse nome, ele apresentou a dialética do desejo e da constituição do sujeito no texto *Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano* ao falar de um sujeito que surge *na e pelas* formações do inconsciente, a exemplo do chiste. Ele afirma que “o discurso na sessão analítica só tem valor por tropeçar ou até se interromper” (LACAN, 1960a/1998, p.815). É ali, no lugar onde algo falha, lugar da contingência, do qual nada sabemos antecipadamente, que o sujeito aparece. O que nos permite então dizer que a subversão da qual se trata no campo analítico é a que faz uma ruptura entre a certeza e o desconhecimento do que advirá.

O analista em sua posição disponível para o que pode advir do encontro com o paciente, desde sua posição de suspensão de saber *a priori*, é o que permitirá que o inconsciente apareça como surpresa. O inconsciente é o que vem demonstrar que o sujeito é ali onde não se reconhece, que pode ser exemplificado em falas como “*eu não quis dizer isso*”, tão comuns nas sessões analíticas. No discurso, o sujeito surge lá onde *Isso*²³ estava, do qual nada se conhece, mas que por isso mesmo insiste e repete. Assim, o inconsciente é esse

²³No original em alemão *Es*, que é homofônico à letra *S*, de sujeito (Miller, 2018)

lugar onde se supõe que há um saber, por isso o sujeito segue buscando, ainda que não saiba o que está buscando. O sujeito busca algo sem saber exatamente o que busca, mas acredita que em algum lugar há esse saber. Está aí o desejo de saber, e o ato analítico, tal como Lacan (1967-1968, inédito) o concebe, é o que causa, incita o desejo de saber, que em outros termos se expressa por essa busca. Isso de que se sabe, sem saber que sabe, não está sob a guarda de nenhum mestre, e por isso o analista não pode ser esse que se coloca como aquele que sabe (ao contrário, por exemplo, da posição ocupada pelo médico), mas sim colocar o sujeito a trabalhar. Como aponta Miller (2010), no discurso do analista o saber tira folga.

É por essa virada, em relação ao saber que, em outro momento, no Seminário *O avesso da psicanálise*, vemos Lacan (1969-70/1992) nomear um dos eixos desse Seminário como *Eixos da Subversão Analítica*. Neste, ele apresentará propriamente a operação que faz girar do discurso do mestre ao discurso da histórica, em si mesmo o discurso do psicanalisando. Se no primeiro temos o saber no lugar do trabalho – o gozo equivale aqui ao trabalho do inconsciente –, no segundo há uma disjunção entre saber e gozo, pois sempre resta uma parte de gozo que não equivale ao saber; em outras palavras, não se satisfaz com o já sabido. Notamos, então, que o que está posto na berlinda na experiência analítica é a questão do saber.

A palavra ato pode, numa visada rápida, remeter à ideia de ação. Toda ação pressupõe alguém que se ocupe de um fazer, alguém que faz (agente) algo para outro. Seria então o ato psicanalítico o fazer do analista? Não seria isso que se espera de um psicanalista no hospital, isto é, que ele se apresente com um fazer que se articule a um saber próprio em sua especificidade? Lacan (1967-1968, inédito) lembra que não parece insensato falar do ato psicanalítico da mesma forma que se fala do ato médico. O que vimos desenvolvendo ao longo dessa tese é que o ato psicanalítico diz respeito àquele que, em primeiro lugar, não faz da psicanálise uma profissão (adquirida por uma titulação) e, em segundo lugar, só existe a partir do analisando, remetendo à experiência da análise. Dito de outra maneira, podemos afirmar que não há analista fora da própria experiência analítica, na medida em que essa supõe a instauração do sujeito suposto saber. Faz-se necessário, contudo, um breve retorno à obra freudiana, a fim de destacar o que Freud transmitia com a palavra ato.

Sem pretender esgotar a pesquisa em toda a sua obra, destacaremos aqui apenas alguns momentos que pensamos serem mais relevantes para o que se pretende abordar. Podemos, inicialmente, remontar ao texto *Psicopatologia da vida cotidiana*, no qual Freud (1901/1991) aborda os pequenos atos da vida cotidiana, atos a princípio desprovidos de sentido ou intenção, a exemplo do ato falho e pequenos esquecimentos, mas que vão adquirindo, ao

longo da explicação freudiana, o estatuto de atos sintomáticos, isto é, em seu valor de sintoma. Para Freud, trata-se de atos inconscientes, atos que se impõem, e que não passam pela intenção consciente, a exemplo dos atos casuais, atos falhos e atos sintomáticos.

Nesse ensaio, ele apresenta alguns fenômenos que aparentemente poderiam ser considerados como atos casuais, como pequenos lapsos de esquecimento ou troca de palavras, aparentemente sem importância, que, no entanto, são atos de uma determinação inconsciente. Como exemplo, ele oferece a sua própria experiência com o conhecido caso *Signorelli*, nome de um pintor do qual Freud não conseguia se lembrar, mas, no lugar desse, pronunciava dois outros nomes, não sem alguma relação com o nome esquecido. Em seu lugar, apareciam nomes (*Botticelli* e *Boltraffio*) que guardavam relação com o nome recalcado, e que fizeram Freud se debruçar sobre o processo de substituição, fornecendo a seguinte explicação:

Os nomes substitutos já não me parecem tão inteiramente injustificados como antes da elucidação: remetem-me (por uma espécie de compromisso), tanto àquilo que eu queria esquecer quanto ao que queria recordar, e me ensinam que minha intenção de esquecer algo não foi nem um êxito completo nem um fracasso total (FREUD, 1901/1991, p.12).

Encontramos, nessa afirmação, dois termos interessantes que nos servirão para pensar a prática analítica: fracasso e êxito. Isto porque, ali onde aparentemente algo se dá como fracasso é, ao mesmo tempo, de onde podemos extrair o êxito do sujeito, ou seja, onde presentifica o que há de mais singular. É também o que Lacan (1970/2003, p.270) afirma em seu *Discurso na Escola Freudiana de Paris*: “minha proposição reside neste ponto do ato; pelo qual se revela que ele nunca tem tanto sucesso como ao falhar [*rater*], o que não implica que o erro [*ratage*] seja seu equivalente, ou dito de outra maneira, possa ser tido como um sucesso”. Portanto, e guiado pela constatação de que os atos não são inocentes, o que equivale a dizer que possuem uma significação, essa é a porta pelo qual o ato entra na psicanálise, “só há ato onde a cadeia falha” (BRODSKY, 2004, p.37).

É possível também encontrar no texto metapsicológico *Lembrar, repetir, perlaborar*, Freud (1914/2019, p.153) se referindo a algumas vivências, tais como as “fantasias, processos de relações, moções de sentimentos, conexões”, enquanto “atos interiores”. Se até então a palavra *ato* ganhava uma dimensão simbólica, atrelado ao inconsciente, vemos, nesse texto, o ato também em sua dimensão de movimento, dirigida ao Outro, como uma ação de repetição (*Agieren*). O que Freud apresenta neste texto é que, no lugar de lembrar-se do material esquecido e recalcado, o analisando *atua*, isto é, “ele *repete* sem, obviamente, saber que o *repete*” (FREUD, 1914/2019, p.154). A repetição então, de acordo com Freud, seria um modo

de lembrar. Segundo Birman (2009, p.90), “o ato seria assim uma palavra e um discurso que não poderiam ser devidamente enunciados, pela dor e sofrimento que isso poderia provocar no sujeito, em virtude da experiência da rememoração”. Nesse sentido, o ato tem a dimensão de uma fala, de um dizer.

Assim vemos que a repetição traz em seu âmago o conceito de transferência, como a colocação em ato do passado esquecido em forma do que se repete, de atuação, tal como Freud (1914/2019, p.155) afirma: “a transferência, ela própria, é apenas uma parcela de repetição, e que a repetição é a transferência do passado esquecido não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação presente”. Com a colocação em ato do inconsciente, aquilo que o paciente endereça ao analista tem o estatuto de um *acting-out*, que podemos tomar como uma forma de traduzir o *Agieren*²⁴ no discurso freudiano. Brunhari (2015, p.59) aborda a relevância do termo *Agieren* para o tratamento analítico e, sobretudo articulado às contribuições de Lacan com o conceito de *acting-out*, apontando para uma “faceta do ato de se apresentar como oposto à elaboração”. O *acting-out*, um ato sem palavra, mas pleno de sentido. Nota-se aqui a aproximação entre o conceito de repetição e o *acting-out*, como uma das formas que o ato analítico assume na clínica.

Um exemplo do que se pode dizer da manifestação clínica do ato é o que encontramos no texto *Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina*, no qual Freud (1920/2020) faz a análise de uma jovem de dezoito anos que é levada a ele após tentativa de suicídio, ou seja, após um ato que falha. A jovem precipita-se nesse ato em um dia que passeava de braços dados com uma dama quando seu pai passa por elas lançando um olhar furioso para a jovem. O que se dá em seguida é que imediatamente a jovem corre e se joga na linha férrea. Pode-se ver, nesse caso, a existência do tempo posterior ao ato que é o que permite a Freud fazer alguma interpretação. Parece haver uma função importante da falha na experiência analítica. O que falha, o que aparece como tropeço, aponta para um corte na temporalidade, marcando um antes e depois, e é a partir disso que Freud analisa o ato, a tentativa de suicídio no caso da jovem homossexual, como tendo uma determinação e uma realização de desejo (*Niederkommen*²⁵) que só podem ser verificados no *a posteriori*.

Lacan (1962-1963/2005) faz a leitura desse caso no Seminário *A angústia*, para pensar a estrutura da passagem ao ato e do *acting-out*, no que tange à relação do objeto *a* com o Outro. Segundo Lacan (1962-1963/2005), no caso da jovem homossexual, pode-se visualizar

²⁴Aqui preservamos o grifo que está presente no texto estudado. Segundo nota do editor, “trata-se aqui do verbo de origem latina *agieren*, passível de ser traduzido por “agir” ou “atuar” (IANNINI & TAVARES, 2019, p.164).

²⁵Palavra cuja tradução expressa “deixar cair”, faz alusão ao ato do parto, realização de desejo de ter um filho do pai.

dois momentos: o primeiro como sendo o *acting-out* – momento em que a jovem passa pelo pai e este lhe dirige o olhar; e o segundo, da passagem ao ato, no qual o Outro está fora da cena, e o sujeito cai como um objeto. Há, quando o pai lhe dirige um olhar de reprovação e a dama a deixa, o apagamento do sujeito, na medida em que ele se identifica totalmente ao objeto, se destituindo; momento em que “o sujeito se encaminha para evadir da cena”, diz Lacan (1962-1963/2005, p.130). Como reiterado adiante, “no caso de homossexualidade feminina, se a tentativa de suicídio é uma passagem ao ato, toda a aventura com a dama de reputação duvidosa, que é elevada a função de objeto supremo, é um *acting-out*” (p.137).

Portanto, se na passagem ao ato observa-se o “deixar-se cair” (LACAN, 1962-1963/2005, p.129), momento no qual o sujeito se precipita e “despenca da cena” e no qual não há o Outro no horizonte, no *acting-out* o que está em jogo é justamente “a sua orientação para o Outro” (p.137). Por isso, Lacan refere-se a ele como sendo em essência uma “mostração” (p.138), motivo pelo qual é utilizada, na epígrafe do capítulo desse seminário, a expressão “subir no palco” para se referir ao *acting-out* (p.128). A respeito disso, Quinet (2014, p.17) aponta o quanto a atuação, como a colocação en-cena do inconsciente, está na base do “faz de conta verdadeiro do jogo analítico”, na medida em que o analista não está ali como sujeito, mas como alguém que se empresta para entrar na cena escrita pelo analisando.

Se é o Outro que é visado no *acting-out*, como já apontado por Freud (1914/2019) em relação à dimensão da repetição na transferência, então é pela via da transferência que será possível algum trabalho sobre o que tem valor de atuação na análise. É sob transferência que podemos escutar o que se dá como *acting-out*. Para Lacan (1962-1963/2005, p.140), o *acting-out* é ainda o começo da transferência.

Desse modo, o ato é alguma coisa que deve estar sempre no horizonte quando se fala das relações entre a repetição e o real. Nas palavras de Lacan (1962-1963/2005, p.88), “é justamente isso que me permite introduzir agora que talvez seja da angústia que a ação retira sua certeza. Agir é arrancar da angústia a própria certeza. Agir é efetuar uma transferência de angústia”. Alguns anos mais tarde, no Seminário *O ato psicanalítico*, Lacan (1967-1968, inédito) dará como exemplo do que significa um ato por excelência a travessia do Rubicão²⁶ como propriamente aquilo que expressa verdadeiramente o ato analítico, algo que representa um salto, uma ultrapassagem, cujos efeitos só poderão ser recolhidos no tempo depois. É na abertura para o novo, como inédito, que está a originalidade do ato.

Na contribuição freudiana, tanto em *Psicopatologia da vida cotidiana*, como em *Sobre*

²⁶Sobre o Rubicão, sugerimos ao leitor retornar ao primeiro capítulo, no qual trazemos a explicação sobre a travessia de Rubicão.

a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina, observamos a importância estrutural daquilo que tem estatuto de falha para a experiência analítica. É com isso que a psicanálise se inaugura, é sobre o que falha que ela se orienta. Não é isso que se verifica com o nascimento da psicanálise, na falha do saber médico no tratamento dos sintomas histéricos? É também o que Lacan (1967-1968, inédito, p.56) afirma ao dizer que “o saber, em certos pontos que podem ser certamente desconhecidos, faz falha”. Ato falho, ato em sua dimensão significativa,

É o que se revela apto a sustentar o inconsciente: o fato de ser o ato falho, que assim se revela bem-sucedido é apenas o corolário disso, e é simplesmente curioso que tenha sido preciso descobri-lo para que o estatuto do ato fosse enfim firmemente distinguido do estatuto de dizer (LACAN, 1967b/2003, p.356).

O que podemos então extrair do legado freudiano sobre os atos falhos, atos em seu valor de sintoma, para a prática que realizamos no hospital? Como podemos escutar o que se apresenta como demanda, como sofrimento e sintoma no adoecimento oncológico, extraindo de cada experiência um dizer singular? Miller (2004) lembra, na conferência *Uma fantasia*, que a prática psicanalítica, ao contrário das outras que se orientam pelo mandato de fazer andar (*eso marcha*) - que é propriamente o tratamento através da resolução do sintoma -, se orienta pelo que falha (*eso falla*), pelo impossível de tudo dizer sobre o sofrimento do sujeito, o que escapa à cura *standard*, e convida o sujeito à fala e à produção de um saber singular. Vejamos o que a clínica nos ensina.

R. tinha 38 anos quando o conheci na enfermaria, em uma de suas internações antes do encaminhamento à unidade de cuidados paliativos exclusivos. Ele tinha um câncer no intestino de rápida evolução. Com dois meses de internação, foi submetido à cirurgia de colostomia, após a qual mantinha fortes dores. Havia também passado por tratamento de radioterapia, porém sem sucesso sobre as dores, que insistiam e aumentavam. Em menos de um ano foi submetido à outra cirurgia, desta vez para retirada da bexiga. R. carregava duas bolsas acopladas em seu corpo. Sua dor era intensa e refratária aos medicamentos e diferentes bloqueadores anestésicos prescritos pela Clínica da Dor, com assistência regular da equipe de anestesistas.

Nossa entrada no caso se deu através da solicitação da enfermeira do andar para avaliar o paciente “*com ideias de suicídio*”. Diante do medo de que o paciente atentasse contra a própria vida, a equipe havia tomado como medida de precaução, trancar a porta que dava para a varanda, quarto onde estava, um quarto de isolamento²⁷, com apenas um leito. Em

²⁷ Em alguns momentos, o paciente pode ficar isolado por alguma presença de bactéria multirresistente, sob o

conversa com a enfermeira, antes de atender o paciente, ela me relatou suas impressões sobre o caso até aquele momento, o tipo de câncer, o difícil controle da dor a despeito de vários procedimentos realizados por anestesistas com uso de opioides, morfina de hora em hora, além de resgate SOS. “*Ele morre de dor*”, “*uma dor que não cessa*”, “*a gente já fez de tudo*”, dizia a enfermeira. Os exames de imagem não eram compatíveis com a dor que o paciente referia, “*mas a gente vê que ele realmente está sentindo dor de verdade*”, “*parece uma mulher que está prestes a parir*” (referindo-se à maneira como o paciente se locomovia, com as mãos na cintura, e face de dor).

O que havia motivado a enfermeira a chamar a Psicologia foi que, no último plantão, no auge da dor, o paciente teria dito: “*não sei do que sou capaz para fazer parar essa dor*”. A fala do paciente foi interpretada pela equipe como uma “*intenção de se matar*”, ainda que ele não tivesse dito claramente que iria ou queria se matar, ou mesmo morrer. Parece ser assim que a equipe escuta, a morte como o limite do que é possível suportar, o que está no horizonte, e do qual nada se sabe. O que a equipe sabia era que deveria, como medida de precaução (cuidado), e considerando a ausência de suporte e acompanhante durante a internação, “*trancar a porta que dava acesso à varanda*”, reduzindo as possibilidades de um ato suicida. Pergunto se falaram com o paciente sobre o ato de trancar a porta, e a enfermeira, quase que se defendendo, responde que não, do tipo “*não, melhor não, para não dar essa ideia*”.

No prontuário, havia o registro de várias evoluções pela Clínica da Dor, Clínica do Abdômen e Oncologia, além da equipe multiprofissional (assistente social, psicóloga e fisioterapeuta), e o registro que se repete em várias evoluções “*dor perineal de difícil controle*”, acompanhado da quantificação da dor²⁸ (Eva 7). Havia também o relato de tabagista “*pesado*” e usuário de droga. Nesses casos, é comum a equipe suspeitar que “*a dor que não cessa*” pode ser um pretexto para obter alguma medicação da classe dos opióides e morfina, pela dependência química da droga.

Apresentamo-nos ao paciente, que nos recebe sentado desconfortavelmente na poltrona, com visíveis sinais de incômodo. Procuramos saber um pouco sobre aquele momento, sobre a internação, convidando-o a falar sobre seu tratamento, e sobre si mesmo. R. conta sua história, fala das dores, da “*cura do câncer*”, pois o pastor dissera que ele já estava curado, e os médicos disseram que após a cirurgia não tinha mais câncer. Conta que as dores se iniciaram há cerca de cinco ou seis anos, mas na época não havia dado muita importância,

risco de infectar os demais pacientes da enfermagem que estão imunodeprimidos.

²⁸Dor de intensidade 7, na Escala Visual Analógica (EVA), é considerada uma dor forte.

assumindo agora a “culpa” por isso. Diz que começou a fumar e beber aos 29 anos quando trabalhava como entregador em um supermercado. Na época era casado e tinha muitos estresses. O casamento não deu certo, durando apenas dois anos. Hoje mantém relação apenas com o filho de 14 anos, fruto desse relacionamento. “*Após a separação comecei a sentir dores maiores*”, assim ele conta, e foi aí que começou a usar cocaína, pois percebia que a droga “*aliviava a dor*”. Usava diariamente, a dor diminuía, mas ao passar o efeito da droga a dor voltava. Não faz uso de droga há cerca de pouco mais de um ano e diz não sentir vontade. Falava da fé que tem em “seu Deus”.

Sobre aquele momento, parecia não querer “mostrar a dor”, dizia que já estava acostumado, e comparava-se a uma pedra no ditado “tanto bate até que fura”, para falar das dores e dos remédios que não faziam efeito nenhum, “*mas uma hora fura, uma hora vai passar*”. Sabia da preocupação da equipe, percebera que haviam trancado a porta para não ir à varanda, mas dizia: “*mal sabem eles que a varanda era o que aliviava um pouco, pois podia andar pegando um sol*”. Em nenhum momento R. falava de morte; ao contrário, falava da esperança em melhorar, da vida, da fé que lhe dava força, e da cura que sabia que “*estava prometida*”. Conseguimos agendar uma visita do filho, ainda que ele dissesse que o menino não iria, “*sabe como é, adolescente...*”. Mas o filho foi, e passou a visitá-lo com frequência até a sua transferência para outra unidade hospitalar, de cuidados paliativos.

A dor que não cessava parecia apontar para o que faltava apesar dos procedimentos e intervenções médicas. “*Ele sente dor de verdade*”, dizia a enfermeira reconhecendo, na legitimidade da queixa do paciente, aquilo que os exames de imagem contrariavam em atestar. De qual verdade se tratava? Quem pode dizer a verdade sobre a queixa do paciente? O que faltava parecia ser, então, a brecha para o sujeito, fazendo aparecer outras dores ao falar da vida, e não da morte, mas do que insistia apesar de a medicina contrariar suas expectativas. Moretto (2001) lembra que o ato freudiano, o ato analítico por excelência, se dá justamente nesse movimento de ruptura com relação ao discurso médico, porque, conforme já evidenciado por Clavreul (1983), “para poder realizar o ato médico (diagnóstico, terapêutica apropriada, prognóstico), o médico precisaria reduzir o sentido dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é possível de ser inscrito no discurso médico” (MORETTO, 2001, p.69).

Podemos dizer, através da experiência que marca o percurso dessa clínica, que no ato médico o indivíduo fica totalmente alienado no campo do Outro – aqui o câncer parece ter valor de significante-mestre que ordena o saber, que regula e determina o momento de vida do indivíduo – e isso tem valor de verdade, uma verdade que diz tudo sobre o sujeito. No dispositivo analítico, o que aparece como verdade é resultado de uma produção a partir do

saber inconsciente, aquele que o sujeito constrói para dar algum contorno a uma experiência que é, na maior parte das vezes, desprovida de sentido. É a partir disso que podemos afirmar que o ato analítico produz a subversão do sujeito, “uma subversão do sujeito em relação ao saber” (LACAN, 1967-1968, inédito, p.32). O ato freudiano não somente destina ao sujeito o protagonismo em seu ato de fala, como também institui, nesse ato, o lugar do analista. O analista nunca existiu antes do ato freudiano de escutar suas pacientes.

Como vimos acompanhando ao longo dos capítulos anteriores, com Freud identificamos a invenção da psicanálise em seu ato solitário, pois não bastava inventar uma nova prática clínica capaz de tratar o sofrimento, era preciso dar provas disso no meio científico de onde partiam suas descobertas. Escutar o sofrimento o retirava da condição de médico, de mestre, de quem detinha o saber sobre o outro, conferindo-lhe outro lugar, de objeto de um saber outro. Nessa direção, quando Lacan (1967-1968, inédito, p.220) afirma que “nenhum psicanalista pode pretender representar, ainda que de maneira mais reduzida, um saber absoluto”, ele aponta para o que já dissera antes no Seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/1998), que o analista é uma suposição de saber em algum lugar, e esse algum lugar só pode ser o inconsciente. Isso nos permite então avançar para dizer que o ato analítico é estritamente dependente da noção de transferência; ou seja, fora do manejo da transferência, não há ato analítico.

3.2 Ser ou não ser analista no hospital: eis a questão

Ao longo da obra freudiana nos deparamos com a intenção de Freud em falar sobre os efeitos do tratamento psicanalítico²⁹. Pensar sobre os efeitos de uma prática é de particular relevância para o trabalho do psicanalista no hospital. Ser ou não ser analista me parece então ser uma questão tributária da clínica, dependente dos fundamentos do que se entende por clínica psicanalítica. O que nos autoriza a dizer que a prática analítica no hospital é eficaz? Ao problematizar o ato analítico no hospital, ao apresentarmos a psicanálise na prática hospitalar, o fazemos a partir de uma clínica que toca o real, com implicações para a posição subjetiva. A questão interroga, ao mesmo tempo, a existência do analista no hospital. É sobre esse terreno, sobre as bases de uma orientação freudiana, e da leitura lacaniana, que falaremos sobre o

²⁹Em *A análise finita e a infinita* (1937/2019) podemos identificar alguns termos e expressões utilizadas por Freud, tais como: “objetivo terapêutico” da análise (p.325), “intenção terapêutica” (p.333), ou ainda “esforço terapêutico” (p.343), e “efeito terapêutico” (p.344).

analista e seu ato.

Recolhemos algumas indicações no texto *A análise finita e a infinita*, no qual Freud (1937/2019, p.356) indaga, não somente sobre o efeito terapêutico de uma análise para o analisando, como também sobre o efeito para o analista, a ponto de se interrogar “onde e como o pobre coitado poderá adquirir aquela habilitação ideal, necessária em sua profissão? A resposta será: na própria análise”. Tomamos essas contribuições para trazer agora ao cerne da questão os efeitos do ato analítico, aquilo que pode produzir profundas mudanças no paciente, agora também sobre o praticante da psicanálise, tal como vimos indagando ao longo dessa tese. Essa questão foi posteriormente retomada por Lacan no *Ato de Fundação* (1964/2003), assim como na *Proposição de 9 de Outubro sobre o psicanalista da Escola* (1967b/2003), que abordaremos aqui.

Já sabemos, através do que vimos desenvolvendo, que para que haja uma prática analítica é preciso que tenha o psicanalista. O que pretendemos demonstrar com a prática da psicanálise em hospital é que atestar a presença do analista não pode se dar fora da experiência. Se há analista é porque houve efeito de sujeito, o que o situa como *sujeito suposto saber*. Como bem lembra Miller (2018), no curso *Do sintoma à fantasia e retorno*, o analista ocupa esse lugar, lugar originário do amo, do mestre, porém como objeto, objeto *a* como absoluto (no alto à esquerda do matema do discurso do analista). Para o analista, esse lugar só pode ser ocupado “como se”, e não como o mestre, o senhor sobre a verdade. Nesse sentido, esse lugar que o analista ocupa só pode ser o de suposto saber, não o do saber que se adquire por uma formação profissional, e que pode conduzir ao lugar de mestria. O único saber que está em cena no dispositivo analítico é o saber inconsciente, que só pode ser atestado em ato pelo sujeito, aquele que fala, e não por um diploma. Assim, podemos dizer que há analista sempre na contingência, ele não está lá desde sempre, ele não é anterior ao ato. Esse é o que atesta, no *a posteriori*, que ali houve analista.

No hospital, o psicanalista também é convocado a dar provas de seu saber-fazer. Certa vez fomos convocados pela gestão do hospital a formular um protocolo sobre os procedimentos realizados pela Psicologia, como referência para os demais serviços em Oncologia. Afinal esse Instituto representava, no cenário nacional, a excelência e referência para a assistência oncológica. A pergunta norteadora era: “Em que a Psicologia é referência? Podemos construir um instrumento pelo qual se verifica os riscos de suicídio no momento de uma internação hospitalar, por exemplo?”. A nossa resposta foi: “Não”. Não há garantias quando se trata da singularidade de cada paciente. Os instrumentos, ainda que possam ser elaborados, não são capazes de prever, predizer aquilo que é da experiência de cada sujeito. O

discurso científico se agarra a um saber que é preditivo, sempre tentando dizer tudo sobre o real, ao passo que na psicanálise não. Estamos advertidos de que não há saber que se antecipe ao real.

Se afirmamos que não há ato fora da transferência, como pensar o analista no hospital em meio a tantos atravessamentos, procedimentos e urgências? Muitas vezes não há um tempo depois. O tempo do hospital é, quase sempre, o do aqui e agora. Mas se acompanhamos Lacan (1967-1968, inédito, p.59) quando afirma que o ato está no efeito do ato, ou seja, “a posição do analista se determina por um ato, ela só pode registrar-se para ele, como efeito, pelo fruto³⁰ do ato”, então esse tempo só é contado de trás para frente, é o tempo de um instante.

Essa questão da linha entre um antes e um depois é relevante ao se falar sobre o ato. É a partir dele que se pode instaurar um antes e um depois. No Seminário sobre o ato psicanalítico, Lacan (1967-1968, inédito) dá o exemplo do calendário, o ciclo que chamamos de ano, e que se renova pelo estabelecimento de um primeiro e um último dia do ano, que determinam o início e o fim de um ciclo, celebrados, a cada vez, como término e recomeço. Estabelecer as coisas assim é uma forma de se falar do ato, pois “um ato é ligado à determinação do começo [...] é concebível que o ato se constitua como um verdadeiro começo” (LACAN, 1967-1968, inédito, p.78). É porque tem valor de início, da marca de um novo, que o ato tem seu valor de significante e, nesse sentido, “a eficiência de um ato nada tem a ver com a eficácia de um fazer” (p.80). Novamente vale lembrar o exemplo de Lacan nesse Seminário, sobre ultrapassar o Rubicão, onde nesse ato “algo foi ultrapassado” (p.81). O ato comporta então uma dimensão temporal.

3.2.1 Algumas contribuições do grupo de Klein sobre o dispositivo analítico

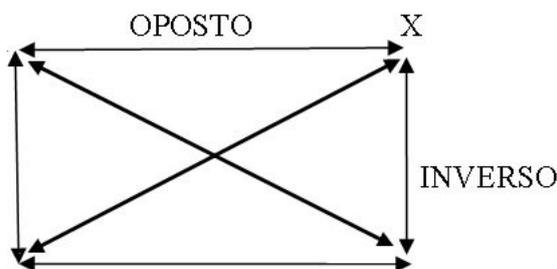
O Seminário sobre o ato psicanalítico é dedicado ao psicanalista e à clínica, no qual Lacan (1967-1968, inédito, p.87) afirma: “começar a ser psicanalista, todo mundo o sabe, é algo que começa no fim de uma psicanálise”. A princípio nos parece estranho tentar definir o que é o psicanalista, tarefa difícil, pelo fim, o que de imediato nos coloca a questão: então o que há no início? Ou ainda, será preciso ter concluído a própria análise para praticar a psicanálise no hospital? Para pensar a questão do ser analista, o que inclui pensar o próprio

³⁰Aqui Lacan se utiliza da palavra fruto com o sentido de fruição.

percurso analítico, Lacan se utiliza, mais uma vez, do recurso da matemática e da lógica. Ele recorre ao grupo de Klein³¹, modelo que toma emprestado do matemático Félix Klein, para falar da estrutura do que se passa no dispositivo analítico.

Essa estrutura tem a forma de um quadrilátero, formado por quatro pontos (vértices) ligados por vetores que são bidirecionais, de modo a manter um caráter de reversibilidade, isto é, poder retornar ao ponto anterior. O grupo de Klein, um esquema involutivo, através das operações sinalizadas pelas flechas, permite que um elemento se transforme no contrário, ou seu inverso, dependendo da operação. Esse ponto permitirá a Lacan pensar a operação analítica a partir da negação do cogito cartesiano, ponto de partida quando se fala sobre o sujeito em psicanálise.

Figura 5-Grupo de Klein



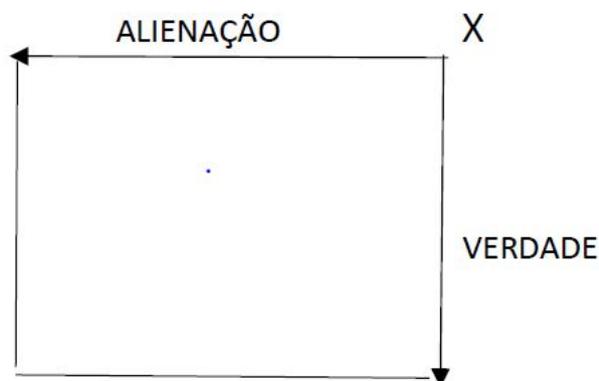
Fonte: Brodsky (2004)

A partir desse esquema, Lacan propõe três mudanças. A primeira delas, em relação ao sentido das flechas, ele dirá que, partindo de X, ponto de origem (no alto, à direita), só é possível ir em dois sentidos (indicados pelas flechas “oposto” e “inverso”). A segunda mudança é a nomeação, onde no lugar da operação “oposto” ele nomeará de alienação, e no lugar da operação de “inversão”, como verdade, tal como pode ser observado na figura

³¹Na matemática, uma estrutura de retângulo é denominada de grupo, e foi Félix Klein, matemático, quem demonstrou as operações e os termos que compõem um grupo, o que se tornou conhecido como Grupo de Klein. Trata-se de um sistema involutivo, marcado por flechas bidirecionais que simbolizam as operações de oposição, inversão e produto, de modo que um elemento (x) pode tornar-se o seu oposto (-X) ou seu inverso (1/X).

abaixo.

Figura 6: Alienação e verdade



Fonte: Brodsky (2004)

No ponto de partida, localizado no alto à direita, Lacan (1967-1968, inédito, p.95) propõe a negação do cogito cartesiano (ou eu não penso ou eu não sou), pois, como afirma: “é da subversão do sujeito que temos de retomar a função do ato”. Encontramos no sujeito cartesiano o ponto de partida de tudo que tomamos por sujeito, ou seja, é a partir da proposição primeira do “penso, logo sou” que a psicanálise tomará a seu encargo subverter a noção de sujeito. Se na afirmação cartesiana a existência do sujeito é afirmada pela interseção entre o ser e o pensamento ($S \cap P$), a psicanálise parte da negação dessa afirmação ($\overline{S \cap P}$). Isso é o que está colocado de partida na experiência analítica, a negação dessa interseção que resulta no “não penso e não sou”, antítese do pensamento cartesiano e que, em outras palavras, significa dizer que para a psicanálise o ser e o pensamento não se juntam, o sujeito “não é, nem pensa” (BRODSKY, 2004, p.65).

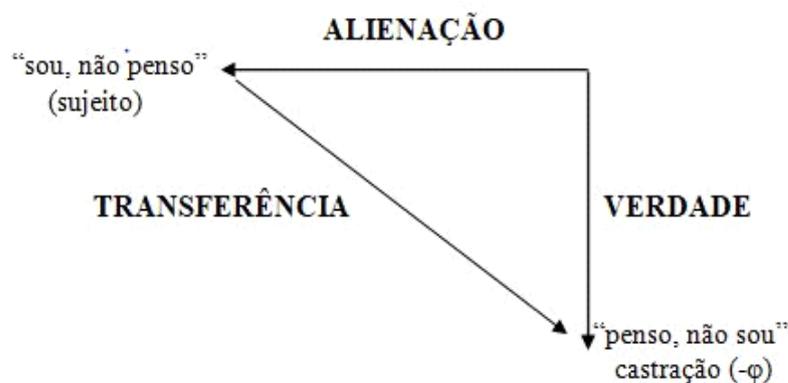
Na experiência analítica, então, tomando como ponto de partida o “não penso, nem sou”, localizado no ponto zero (X), há uma operação à qual Lacan se refere como preferencial, onde o sujeito se aliena em direção ao “não penso, sou”. É assim que poderíamos entender o sujeito quando entra em uma análise, identificado, alienado, ao seu S1, que o faz ter a certeza de quem ele é (“*eu sou...*”). Poderíamos localizar aqui a fala daquela paciente, J., que chega no início do tratamento dizendo sobre sua vida, e sobre os significantes que a definem (professora, noiva, estudante de faculdade....). Essa identificação fica abalada, destruída com o câncer, deixando em seu lugar um vazio na imagem na qual ela não mais se reconhecia, o que a faz ficar agora às voltas com o “*quem sou eu agora?*”.

Se na operação denominada de alienação há uma negação do pensamento em direção

ao ser, na operação verdade se dá o oposto. Há uma negação do ser para se obter o “penso, não sou”. Esse é o caminho do inconsciente, da associação livre, do “diga tudo que lhe vier”. Como afirma Brodsky (2004, p.68), “esse ‘penso’ traz com ele um ‘não sou’, pois uma vez que o sujeito se põe a pensar dessa maneira, já não sabe quem é, todo falso ser desmorona, o narcisismo rateia, promovendo-se a falta-a-ser que sustenta uma análise”.

Lacan propõe ainda uma terceira operação que é a transferência. Essa é a operação fundamental que permite o atravessamento, a passagem do que ele denominou de “falso ser” para o inconsciente, a falta-a-ser. É sob transferência que o inconsciente se presentifica, com todas as suas formações, ou como nas palavras de Brodsky (2004, p.89): “ao se fazer a experiência da transferência, desemboca-se nisso porque a via do inconsciente desemboca aí, fazendo com que aí se insira o $-\phi$ ”. Esse é o lugar do mais verdadeiro, sob a forma do ‘lá onde isso estava’, ao nível do ‘eu não sou’, e que se traduz pelo lugar que Freud já havia nomeado como castração ($-\phi$), como observamos na figura:

Figura 7: Alienação, verdade e transferência



Fonte: Brodsky (2004)

Note-se que até aqui o que se obtém é apenas uma parte do quadrângulo, por ora um triângulo, que resume o mínimo da experiência analítica: o sujeito que chega alienado com seus significantes, e que se apresenta como um “eu sou esse”, que se dirige a alguém, o analista, que está lá “como a substância da qual ele é jogo e manipulação no fazer analítico” (LACAN, 1967-1968, inédito, p.97). Esse movimento constitui-se na transferência, fundamental para que o sujeito se coloque em outra cena, percorrendo um caminho no qual o sujeito já não se reconhece mais, não sabe quem é (o que pode ser observado nos sonhos e nos

lapsos).

Todas as formações do inconsciente põem o sujeito diante da evidência de não saber quem é, de que há um outro que pensa em seu lugar, de que seus pensamentos se desenrolam em outra cena, de que não quis dizer o que disse. (BRODSKY, 2004, p.72).

Brodsky destaca ainda que essa trajetória não remete somente ao percurso de uma análise (que desemboca na produção de um analista), mas que tem ainda outra faceta que diz respeito à própria clínica do ato, aqui referindo-se propriamente ao *acting out*, o que significa colocar o ato como querendo dizer algo, remetendo a uma verdade, passível de interpretação. Mas não retornaremos ao *acting-out*, por não ser nosso objetivo nesse momento.

O que a autora parece apontar é para uma espécie de dobradiça, algo que vincula ao mesmo tempo o percurso de uma análise, que ao final produz um analista, e o que se passa na própria clínica. Ou seja, um não se dá sem o outro, e me parece ser esse o valor do Seminário *O ato psicanalítico* de Lacan. Falar do ato psicanalítico é falar tanto sobre o psicanalista quanto sobre a clínica propriamente dita. É também o que encontramos na *Proposição de 9 de Outubro sobre o psicanalista da Escola*, um escrito praticamente simultâneo ao Seminário sobre o ato, quando Lacan (1967b/2003, p.261) afirma que “é no próprio horizonte da psicanálise em extensão que se ata o círculo interior que traçamos como hiância da psicanálise em intensão”. Vale dizer que não há uma oposição ou relação de exclusão entre os conceitos de extensão e intensão, e sim a função de operadores.

No escrito acima, Lacan reafirma a importância de garantir a efetivação de estruturas asseguradas na psicanálise, apontando aí para o rigor que podemos ler no princípio do que denomina como o psicanalista, ou seja, que “o analista só se autoriza de si mesmo”. A essa afirmação ele acrescenta: “o que não impede que a Escola garanta que um analista depende de sua formação”. Ao mesmo tempo em que estamos aqui apontando que é no *a posteriori* do ato que podemos verificar a existência do analista, isso não se dá sem a experiência analítica que sustenta o lugar de analista para o psicanalisando. Ou seja, na clínica de cada analista não haverá um Outro que possa outorgar como título a função de analista, e Lacan propõe justamente pensar o psicanalista, e sua formação, a partir da distinção entre hierarquia e *gradus*. Há, portanto, um ato solitário no dizer-se analista, o que não implica que ele não precise dar provas de sua experiência como analista. Ele está irremediavelmente atado à psicanálise no que essa tem de didática, atrelada à formação e ao reconhecimento, constituindo aí a garantia proveniente da Escola.

Dessa forma é que se pode entender que a ação do psicanalista, no que concerne à

psicanálise em extensão, não se dissocia da própria psicanálise em intensão, sendo esta o operador que fornecerá as condições para a extensão da psicanálise no mundo. Dito ainda de outra forma, a extensão se serve da intensão que, por sua vez, incide sobre ela. Darriba (2019b) aponta para isso ressaltando a ideia de que a ação do analista não pode ser dissociada da posição que o sustenta, imerso que está no mundo sofrendo as consequências da expansão da universalização promovida pela ciência.

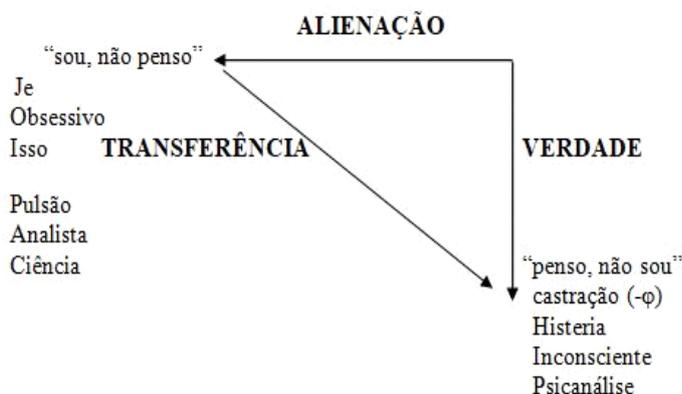
Voltando ao que podemos extrair do seminário sobre o ato para pensar e articular o que nos interessa aqui, Lacan faz equivaler o não penso, que por negação afirma o sou, lugar do eu (*Je*), ao *Isso*, lugar também do pulsional, visto que a pulsão não pensa, é acéfala (BRODSKY, 2004). Se de partida temos um sujeito dividido, divisão que decorre de uma escolha, e se toda escolha implica uma perda, esse também é o lugar em que Lacan coloca o objeto *a*, aquilo que resulta de uma perda, efeito da própria constituição subjetiva. Assim, indica Lacan (1967-1968, inédito, p.103):

O sujeito que chega aqui (no alto, à esquerda) sabe o que é a experiência subjetiva, e que essa experiência implica também que, à esquerda reste o que adveio daquele cujo ato foi responsável pelo caminho percorrido. Em outros termos, para o analista, tal como o vemos agora surgir ao nível de seu ato, já há de saber do de-ser do sujeito suposto saber, enquanto ele é a posição de partida necessária de toda essa lógica.

O analista está, então, no lado oposto do pensar do inconsciente. Ele está do mesmo lado do objeto pequeno *a*, e seu ato consiste em autorizar a tarefa psicanalisante que conduz a que o sujeito chegue à sua divisão constitutiva. O saber de que se trata do lado do inconsciente, e que é suposto ao analista através da transferência, “é o único modo de transmitir ao sujeito o ensino do inconsciente. O amor é o que põe a trabalhar. O amor se dirige ao saber e o resultado é o trabalho (o do analisante) que se faz sob a égide do amor” (MILLER, 2010 [1989-1990], p.172).

Como observamos na figura abaixo, do outro lado, no que se dá como efeito da transferência, encontra-se o psicanalisando, sujeito da fala “e em quem se experimentam os efeitos da palavra” (LACAN, 1967-1968, inédito, p.128). Por isso mesmo, o lugar do inconsciente: “o analisante está disposto a pagar com a sua existência, com seu não saber mais quem é, com a renúncia de seu ser, deixando-se surpreender pelas formações do inconsciente e pelas interpretações do analista” (BRODSKY, 2004, p.89).

Figura 8: Efeito da Transferência



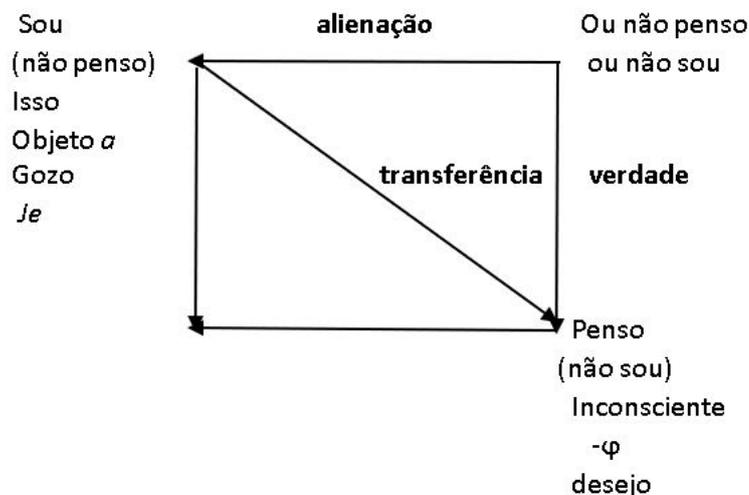
Fonte: Brodsky (2004)

A operação verdade diz respeito ao pensamento inconsciente, que tem na histeria o seu protótipo. A histeria, afirma Brodsky (2004), é afeita à transferência, porque está todo o tempo se dirigindo ao Outro: “a histeria, portanto, é totalmente propensa à verdade: o Outro está errado, não sabe, não tem resposta... Eu sou a que digo sempre as verdades” (p.85). A posição da histérica é propriamente a posição de analisante. Pela operação verdade, o sujeito experimenta a sua falta, o seu ponto de desconhecimento, de “não saber quem é”, permitindo assim, e justamente a partir da falta, a dialetização do desejo.

Vale ainda observar que, enquanto a psicanálise aposta no inconsciente, a ciência está do lado do “não penso”, e nesse sentido Brodsky (2004, p.90) lembra que a ciência é cega porque “não se detém na dúvida de saber se o que faz é bom ou ruim”.

Resta mencionar a terceira mudança proposta por Lacan no grupo de Klein, e que diz respeito ao quarto vértice do quadrângulo (embaixo, à esquerda). Recapitulemos: o ponto inicial é o “ou eu não penso ou eu não sou”, o *ou* marcando que sempre se trata de uma escolha. Desse ponto, e pela operação alienação, o que resulta é o objeto *a*, com o qual o sujeito atravessará a sua fantasia, que o conduzirá à falta-a-ser, ao rochedo que Freud nomeou de castração (representado pelo -φ).

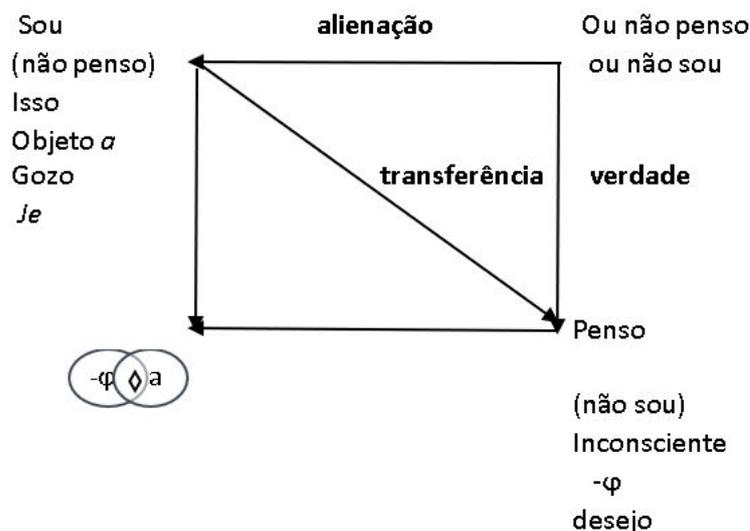
Figura 9: Castração



Fonte: Lacan, Seminário 15

Mas Lacan adiantou que este não é o ponto final. Há o que fazer com isso, e por isso ele indicará uma nova conjunção para chegar ao quarto vértice (embaixo à esquerda). Essa nova conjunção articula dois termos: o desejo e o gozo, que será simbolizado com a articulação entre o objeto *a* e a castração, como demonstrado na figura abaixo. Em outras palavras, o lugar do *sou* é propriamente o lugar onde o sujeito goza da certeza do ser, aí não há vacilação subjetiva. Quando algo abala a certeza do que se é, fazendo aparecer a castração primordial, algo da falta poderá ser articulado novamente ao desejo, o que resultará no diagrama que se observa embaixo e à esquerda na figura abaixo:

Figura 10: Percurso de uma análise



Fonte: Brodsky (2004)

Lacan denomina o quarto e último vértice desse quadrângulo (embaixo à esquerda) como o lugar do “não há”, pois é a um impasse que o sujeito chega. Esse é o ponto que pode ser aproximado à estrutura da fantasia ($\$ \diamond a$), que vem cobrir, fazer existir o que não há, e que articula o desejo a partir da falta estrutural. Nesse sentido, Brodsky (2004) propõe um pequeno deslocamento do $-\varphi$ pelo $\$$, na medida em que o Je está aí no vértice superior esquerdo. A fantasia é o que o sujeito tem que atravessar em seu percurso.

Ao se utilizar dos quadrângulos, Lacan está interessado em se perguntar sobre o percurso analítico. Assim ele afirma: “o ato psicanalítico é, evidentemente, o que dá suporte, autoriza a realização da tarefa psicanalisante. É na medida em que o psicanalista dá a esse ato sua autorização, que o ato psicanalítico se realiza” (LACAN, 1967-1968, inédito, p.233).

O que o ato psicanalítico produz, em efeito, é propriamente a divisão do sujeito, ao chegar a sua falta fundamental, que em Freud conhecemos como castração, da qual só se tem acesso pela fantasia. Eis que o sujeito chega ao ponto de conseguir alívio por assumir o seu sintoma, o que é diferente de se livrar dele, mas ao menos tê-lo como sua verdade.

Esse quarto vértice apresentaria o que Freud já havia falado em *A Análise terminável e a interminável* (1937/2019) como o momento em que se depara com o rochedo da castração, o que significa dizer que há um ponto de basta, um ponto onde não há mais o que se descobrir, ponto de impossível. Sobre isso Brodsky (2004, p.162) dirá que “a decifração de saber, do sentido, leva ao ponto de basta, não há mais nada a ser buscado, ‘o que não entendi até agora

não entenderei mais’, e isso não parte do analista, mas sim por parte do analisante”.

Diante desse limite no saber, Lacan propõe o “saber fazer ali”, uma invenção sobre o limite do sentido. Se não há o que interpretar, se há um impossível de tudo saber, resta ao sujeito alguma invenção que dê conta do seu modo de gozo na vida. Situamos aí o ponto que nos interessa ao trazermos o grupo de Klein, pois, como Lacan o apresenta, trata-se de um percurso, um deslocamento no qual não se pode voltar ao início. O que se passa sob transferência permite um deslocamento na posição do sujeito, a partir de um “eu sou isso” para um “quem sou eu agora?”. Isso é o que também verificamos ao escutar dos pacientes: “*a nossa vida está arrumadinha, aí vem a doença que abala as nossas estruturas, as nossas verdades verdadeiras*” ou “*eu queria ter de volta a vida que eu tinha*”, mas o que apreendemos na experiência analítica é que não se volta ao ponto de origem.

Esse ponto para onde o sujeito se desloca se passa no plano da fantasia, do “fazer com isso”, o que inclui os pontos de impossível, a falta, e o que se perde na experiência do adoecimento. Acompanhando esse movimento na escuta de pacientes em tratamento do câncer, então podemos atestar que ali o que se deu é efeito do ato analítico, tal como podemos ver no caso que se segue.

M., 48 anos, estava em tratamento para LMC há cerca de dez anos quando foi encaminhada pela médica após a suspeita de outro possível câncer, dessa vez no estômago. Divorciada, morava com a filha que, segundo suas palavras “é a única coisa que importa em sua vida”; e com a mãe, que foi morar com ela há pouco mais de um ano após ter sofrido um AVC. Sempre que falava da mãe chorava muito, afirmando “*desde que ela veio morar comigo minha vida se tornou um inferno*”. Falava também de um irmão mais novo com quem dizia não poder contar, pois era “*muito problemático, metido com drogas e agiotas*”, sempre se metendo em ciladas nas quais era ela quem se apresentava para resolver, de uma maneira geral, pagando suas dívidas. A mãe sempre dizia que se algo acontecesse a ele, ela sentiria remorso, pois ele era seu irmão, o que a fazia se sentir responsável por ele. Era assim que falava da sua vida, resumida a cuidar da mãe, do irmão e fazer seu tratamento.

A suspeita de um novo câncer parece ter desencadeado uma angústia que fez com que M. chegasse ao psicólogo. O corpo de M. foi então desvelado pela angústia, esse afeto que não engana, via de acesso ao real, deixando à mostra um outro corpo, até então velado. Assim ela se apresentava: “*eu fico toda travada, dura, não consigo falar*”, e apenas chorava. Seu corpo, para além da doença, desvelava o enigma de sua posição de sujeito frente ao gozo do Outro, “travada”. Se o que a trazia ao psicólogo era o corpo doente pelo câncer, o que a fez continuar foi o sofrimento causado pelas histórias de abuso e violência vividas ao longo de

sua vida. O primeiro significante que M. trouxe desse sintoma analítico, se podemos chamá-lo assim, era “abusada”. “*Já fui muito abusada*”, foi assim que chegou ao segundo atendimento, e dessa maneira parecia apresentar seu corpo para além da doença.

Começava então a falar de uma longa história de violência: a violência do pai alcoolista em relação à mãe; a do marido em relação a ela; vários episódios de abuso sexual pelos padrastos. De certa forma, violência que ainda se perpetuava: abusada pelos excessos do irmão, violentada com as ofensas e chantagens da mãe. E agora violentada pelos efeitos de uma doença em seu corpo. M. falava de um corpo abusado, mas a forma como se relacionava com esse corpo doente, sempre procurando indícios de novas doenças, sempre destacando e mostrando suas doenças, nos dava, ao mesmo tempo, indícios de como ela própria abusava desse corpo. Era com o seu corpo que ela podia falar de si.

Após algumas sessões e todo esse relato de violência, M. afirmava como uma verdade: “*acho que foi por isso tudo que apareceu essa leucemia*”. A psicóloga tomava essa certeza, certeza que assegurava um lugar para M. na vida, como uma interrogação, o que parece ter permitido algum deslocamento dessa posição inicial, e que podemos localizar no lugar onde Lacan identifica como sendo a alienação do ser. Diante da pergunta da psicóloga sobre tal afirmação, ela respondia “*eu sempre fui de engolir tudo, sempre tive medo de falar, e ainda tenho*”. Parece que aqui M. estabelecia uma relação de causa e efeito entre um trauma que não pôde ser simbolizado e um adoecimento no corpo.

Orientados pela psicanálise, e advertidos de que o corpo com o qual o sujeito se apresenta é um corpo vivo, porque marcado pelo gozo, decidimos por não congelar essa interpretação que M. trazia, sob o risco de tomar o câncer como um sintoma. O trabalho analítico foi na direção de separar o que ela associava em sua fala: o câncer e o abuso, apostando no intervalo aberto entre o câncer, como sintoma médico, e o abuso como sua experiência no encontro com o Outro, e que podemos tomar aqui como sintoma analítico. Podemos dizer que o que se deu ao longo dos atendimentos seguintes foi resultado do deslocamento do sintoma médico, que estava na origem do encaminhamento, a outro sintoma, construído no trabalho com a analista ali naquele espaço do ambulatório, que parecia dizer dos embaraços na sua relação com o Outro e com seu próprio corpo.

Com essa aposta, ou seja, possibilitar a construção de um novo texto conferia-se outro destino para a presença da violência na vida de M, um trabalho pela palavra, onde o seu corpo pudesse ser um pouco mais poupado. Falar podia dar outro destino ao que é pulsional e que encontrava no corpo seu único destino. O corpo estava aí incluído, mas o que ela poderia fazer com esse corpo ainda estava por ser inventado. Dessa forma, a paciente podia nos dizer

de sua posição frente ao Outro a partir do que trazia sobre sua relação com o Outro materno, alguém que nunca “ouvia” a sua queixa sobre os abusos. Caldas (2015, p.77) lembra que “o corpo da mulher freudiana tem forte proximidade com o corpo do trauma, e o corpo lacaniano com a verdade mentirosa que se possa tecer a partir disso”. A doença parecia oferecer, então, uma possibilidade de se dizer algo sobre esse corpo, dando a ele certa consistência. O corpo feminino, lembra Caldas, é um corpo para olhar, parecendo depender muito do olhar do Outro, para o qual não se poupa em fazer-se olhar. Poderíamos supor que M. mostrava o corpo doente para se fazer olhar? “Abusa-da” doença para se fazer existir no campo do Outro?

Nesse caso nos indagamos se foi preciso aparecer outro câncer para a paciente lembrar que tem um corpo. M. procurou atendimento no momento da suspeita de um novo câncer, no estômago (o que não se confirmou), quando estava difícil “engolir”, segundo associação feita pela própria paciente. Como não cair na cilada de uma interpretação selvagem, ou pensar na via da psicossomática (dificuldade para engolir = câncer de estômago)? Foi a partir da vivência da doença que M pôde desvelar a sua complexa relação com seu corpo. Ao falar, pôde se apropriar dele, que sempre fora objeto do gozo do Outro, não há gozo sem corpo.

Foi importante permitir que ela falasse para assim escrever um novo texto sobre seu sintoma. O deslocamento do sintoma médico abriu para a possibilidade dessa paciente falar sobre seu sofrimento, trazendo à tona a “outra cena”, a abertura para o inconsciente. Não foi essa a aposta de Freud? No atendimento de M, o desejo do analista, ali constituído como desejo de romper com o congelamento do sujeito no significante “travada”, a conduziu para além do gozo da doença. A linguagem é, afinal, o que dá um corpo ao sujeito, lembra Vilanova (1997), e aos poucos, parece que M. foi deixando um pouco de lado o horror do abuso, dirigindo sua fala para os dilemas cotidianos, tais como delegar a outros familiares os cuidados da mãe, aceitar convites para saídas com a filha ou amigos no fim de semana. O irmão fez novas dívidas, mas dessa vez M. não se oferecia para pagar. Começava a se permitir sair do “seu mundinho”, como costumava referir, aceitando convites para sair. Aos poucos foi deixando de procurar a psicologia até interromper totalmente seu tratamento. Estava bem e feliz, estava namorando e havia se mudado, conseguindo se separar da mãe, tão devastadora com suas demandas e abusos psicológicos.

Esse caso nos faz pensar na função do psicanalista no hospital, e nos efeitos desse giro que o discurso do analista é capaz de operar, conferindo ao sujeito um lugar onde possa produzir um saber sobre seu sofrimento. Escutar e estranhar o significante que a paciente trazia, e a maneira como ela se apresentava, incidiu na associação que marcava um lugar no

qual M. parecia estar congelada. Isso vai na direção do que Belaga, Sotelo e Leserre (2015, p.283) afirmam, que “é através da desarticulação do significante que há uma possibilidade de fazer mudar o modo de gozar do inconsciente do sujeito”. Podemos localizar aí a potência do trabalho do psicanalista no hospital ao se lançar ao escutar para além do corpo adoecido pelo câncer.

Em meio aos protocolos e aparato médico, foi nesse encontro com uma escuta analítica, operado pela transferência, que M. pôde encontrar um lugar no qual pudesse falar de outra coisa, de outra cena, deslocando na direção do inconsciente, implicando-se na sua queixa. Essa me parece ser a função do analista na instituição médica ao permitir que o que é da ordem do traumático possa assim encontrar, no dispositivo analítico, um lugar no relato.

3.2.2 “O que é ser psicanalista”³². . . no hospital, enfim?

Para Lacan, a pergunta sobre “o que é ser psicanalista” só pode ser respondida pelo ato, o ato analítico. E, nesse sentido, ele está colocado ao final do percurso de análise, já que o analista é o que uma análise produz. Encontramos na afirmação lacaniana de que não há psicanalista sem psicanalisando - “é propriamente insustentável que o sujeito suposto saber preexista à sua operação” (1967-1968, p.147) - uma via para chegarmos à questão do ser psicanalista. Propomos ler essa afirmação de duas maneiras: uma como propriamente a experiência de análise, na condição de analisando que sustenta a posição de analista; e a outra como sendo a experiência como praticante da psicanálise em sua dependência absoluta à relação transferencial com o psicanalisando. Sem esta última, como falar do analista, senão pelos efeitos de seu ato?

Através das contribuições extraídas do *Ato de Fundação* (1964/2003) e da *Proposição de 9 de outubro para o psicanalista da Escola* (1967b/2003), podemos pensar a questão “o que é um psicanalista?” a partir da ideia da banda de Moebius, através da qual temos uma superfície de continuidade entre um lado e outro, para dizer que acreditamos que só é possível afirmar que há analista em sua relação intrínseca com a clínica, mas, ao mesmo tempo, com a própria experiência de análise. Em outros termos, vemos aproximar a psicanálise em extensão, como sendo “tudo o que resume a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo”, e psicanálise em intensão, “a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (LACAN, 1967b/2003, p.251). É também o que Lacan (1967-

³²Pergunta que abre a aula de 13 de março de 1968 (LACAN, 1967-1968, inédito, p.213)

1968, inédito, p.146) afirma no Seminário *O ato psicanalítico*:

Há o psicanalista pela operação do psicanalisando, operação que ele autorizou, de alguma forma sabendo qual é o seu final, e operação da qual ele se institui a si mesmo como o ponto de chegada, malgrado, se posso dizer, o saber que tem do que é este final.

Mais uma vez, deparamo-nos com o paradoxo sobre a questão de saber se há ou não o saber do analista no hospital, tomando o que Lacan (1974/2003, p.312) afirma na nota italiana, a saber, “o analista aloja um outro saber, num outro lugar, mas que deve levar em conta o real”. Há um saber em jogo, sem dúvida. Mas o que Lacan propõe é que no lugar do saber como “doutor” - como muitas vezes somos identificados no hospital -, o que se espera do lugar do analista é antes o rebotalho da douta ignorância³³. Vale aqui uma breve explicação sobre esse termo utilizado por Lacan.

Lacan (1971/2011) utiliza a palavra ignorância para cernir o que é da ordem do saber. Não seria isso um paradoxo, afinal essas duas palavras – saber e ignorância – não remetem a sentidos opostos? Como admitir, em um lugar marcado pelo saber especializado, que no lugar deste convém ao analista a ignorância? Sobre isso, Lacan profere algumas palestras ao público de internos psiquiatras do Hospital Sainte-Anne, em fins de 1971, conforme compilado na obra *Estou falando com as paredes* (2011). Ali ele apresenta a ignorância como a via de acesso ao saber, a exemplo do budismo, cuja paixão pela ignorância pode levar ao mais elevado nível de saber. Esse é o paradoxo, pois no lugar onde impera o empuxo ao saber, localizado na figura do “doutor”, Lacan sugere então a “ignorância douta”, tal como formulado: “a novidade revelada pela psicanálise é um saber não sabido por ele mesmo” (LACAN, 1971-1972/2011, p.23).

Esse novo estatuto do saber acarreta um tipo inteiramente novo de discurso. Se não há saber de antemão, ele deverá advir, e para isso é necessário que um sujeito (não o analista) ocupe o lugar do trabalho. O que coloca em outros termos a questão do saber, não mais no sentido de responder se há ou não saber, mas antes, e tal como Lacan (1971-1972/2011, p.36) o diz: “A questão do saber do psicanalista não é, em absoluto, de saber se isso se articula ou não, mas de saber em que lugar é preciso estar para sustentá-lo. [...] um saber que não pode fazer nada, o saber da impotência, é esse que o psicanalista poderia veicular”.

Considerando que o psicanalista ocupa um lugar não como saber, resta saber do que se trata então na prática psicanalítica no hospital. Para isso cabe evocar o que Lacan nomeia

³³Lacan retira essa expressão de Nicolau de Cusa, cardeal que chamava de *ignorância douta* o saber mais elevado (LACAN, 1971/2011).

(1967-1968, inédito, p.78) “ato criador”, permitindo-nos pensar nas invenções singulares. Segundo Jorge e Ferreira (2005), Lacan aproxima o ato analítico ao ato poético visto que em ambos há a produção de novos sentidos na articulação de imagem e simbólico, isto é, “o poeta invoca o poder das palavras para a criação de novos sentidos” (p.71). A poesia recupera o poder criativo do significante. É nisso que Miller se apoia ao apresentar a psicanálise como um esforço de poesia, conservando o seu valor de enigma, quase oracular. A experiência do câncer leva muitas pessoas a atribuírem sentidos diversos a essa vivência, que podemos recolher em falas como “*estou tentando tirar algum aprendizado desse momento*” ou “*acho que ter ficado doente foi importante para que os meus filhos me deem valor*”. A psicanálise dá lugar ao singular, ao que cada um faz com a experiência do adoecimento, por exemplo, conferindo um sentido a cada vez, por isso há o esforço de poesia, de criação. A psicanálise não fecha sentido, ela abre.

Com isso, afirmamos que na prática psicanalítica na instituição não se trata de encaixar ou adaptar o ato psicanalítico no hospital, mas sim estar advertido de que a presença do psicanalista na cena médica pode ter efeito de ato analítico. O ato é do analista, já que ele deixa a brecha para que o sujeito apareça, como nos faz lembrar a fala de Lacan (1968-1969/2008, p.13): “em meu ato, não almejo exprimi-lo, mas causá-lo”. O analista não comparece com um sentido pronto para oferecer ao analisante, ele está justamente onde ele não o exprime, no fora do sentido. É no intervalo, no vazio de sentido, portanto, que podemos situar o ato, como uma carta que só terá sentido ao ser lida por alguém. Antes, não há, tal como Zbrun (2014) lembra, em seu livro, que o analista é sempre uma carta a caminho.

Aproximamo-nos assim da questão que nos instigou nessa tese, ou seja, do ato analítico poder ser verificado na prática do psicanalista no hospital. Sabemos que Lacan se refere ao ato analítico como o ato que se verifica em uma análise, e que ao seu final produz um analista. Como nos apropriarmos do ato analítico fora do que Lacan nomeou como psicanálise pura? O paciente que se encontra internado no hospital, ou que está em tratamento oncológico, ao se dirigir ao psicólogo não o faz na condição de quem demanda uma análise, mas sim um tratamento para o que o faz sofrer, o tratamento para sua angústia de ter passado por uma doença. Ele não procura o psicólogo para tornar-se analista. É verdade, e devemos estar advertidos disso. Quando dizemos então, ao longo dessa tese, ao propormos desde o seu título um deslocamento – do ato médico ao ato analítico – podemos então pensar no analista que advém no lugar do psicólogo, da lógica operada pelo analista quando consegue consentir com o deslocamento de sua posição de saber outorgada pela condição de psicólogo, condição legitimada pela instituição e pelo saber adquirido, pois é como psicólogo que temos lugar em

uma equipe. O passo além é pensar o que fazer com esse lugar que nos é ofertado.

Essa posição, esse lugar, não basta simplesmente ocupá-lo, colocar-se ali, porque ele não está lá. O analista é levado a ele por seu analisando, quando através da transferência se instaura o sujeito suposto saber. Sustentar a posição de analista, uma vez que haja analista, não depende unicamente da terapêutica, mas sim de seu próprio percurso analítico, o que significa incluir o trabalho com seu próprio sintoma: “para que exista uma chance de analista, é preciso que uma certa operação, que chamamos de experiência psicanalítica, tenha feito o objeto *a* vir no lugar do semblante” (LACAN, 1971-1972/2011, p.63).

Dessa forma, se partimos do lugar de saber que a instituição nos confere enquanto profissionais de saúde qualificados para aquele trabalho, com o empuxo de saber e fazer sempre mais, que nos coloca e nos reconhece no lugar de quem sabe, ou de especialistas, o ato analítico vem subverter essa ordem, ao propor que o psicanalista “só se autoriza de si mesmo” (LACAN, 1967b/ 2003, p.248). Estamos nos aproximando do ponto a que desejamos por ora chegar, qual seja, pensar a relação intrínseca entre a prática da psicanálise e o ser psicanalista, questão que nos leva a falar do percurso que vai do reconhecimento à autorização.

3.2.3 Do reconhecimento à autorização: uma questão para o analista no hospital.

Partimos do lugar que a instituição médica confere ao psicólogo, lugar onde esse profissional é reconhecido pelos conhecimentos acadêmicos que traz, para pensar o que permite dizer que ali há analista. Para isso precisaremos trilhar um percurso que nos permitirá avançar do lugar do reconhecimento para o de autorizar-se como analista, pois só aí é que podemos dizer que há analista.

Será que ao afirmarmos que há psicanalista no hospital estamos dizendo que o praticante da psicanálise é esse que concluiu uma análise, acompanhando o que Lacan afirma sobre o psicanalista? É neste ponto que podemos ver como os termos – psicanálise pura e psicanálise aplicada – apresentados por Lacan (1964/2003) no *Ato de Fundação*, podem ser pensados na prática psicanalítica. Dois termos para pensar o psicanalista. Questão difícil e que não se resumiu ao Seminário sobre o ato analítico. Podemos encontrar no Seminário seguinte *De um Outro ao outro* ainda alguns desdobramentos sobre essa questão para Lacan (1968-1969/2008, p.336), no que ele denomina de “enigma e paradoxo do ato psicanalítico”. Questão que também não passou despercebida por Freud.

Ao falar sobre o psicanalista, Lacan (1967b/ 2003, p.248) parte de um princípio: “o psicanalista só se autoriza de si mesmo”. Segundo Zbrun (2014, p.29), “através do seu conceito de Escola, Lacan tencionou dar uma nova forma à velha questão que percorreu todas as sociedades psicanalíticas: deveria, na sua prática institucional, responder à pergunta sobre quem é o ‘psicanalista’?”.

Se com Freud vimos a intenção de criar uma sociedade, uma associação capaz de ditar as condições para dizer quem, e em que condições, se está apto a praticar a psicanálise, com Lacan e sua Escola, acompanhamos uma nova forma de situar a questão do “ser psicanalista”, que não encontrará um Outro que possa outorgar esse título, mas que, ao contrário, pode (a)colher a pluralidade de analistas sozinhos tendo que dar provas de seu desejo de ser analista.

A Escola de Lacan surge como uma resposta, na qual “a cada analista lhe corresponde reinventar a psicanálise” (MILLER, 2010, p.78), algo da invenção de cada um está posto na sua prática analítica. Essa é a subversão retomada por Lacan em sua proposta com o conceito de Escola, não centrada na figura de um Outro (mestre) que ensine como ser analista, campo da identificação imaginária e do reconhecimento.

Tendemos a associar a palavra escola a um lugar de onde se espera que o mestre ensine algo para alguém na condição de aluno. O paradoxo consistiria em pensar a Escola de Lacan como esse lugar da garantia de um ensino. Ela é, e ao mesmo tempo não é. Para Miller (2017), é sob a égide da garantia que se pode tratar da relação entre o discurso do mestre e o discurso do analista. Miller localiza aí a questão da garantia em sua relação a esse Outro consistente (o mestre), em tensão ao que há de mais particular na posição de cada um como analista, e em sua transferência com a psicanálise. A garantia que a Escola nos oferece, ao menos do que apreendemos da Escola de Lacan, é que não há esse mestre, portanto não há garantia entendida como garantia que vem do Outro.

Dessa forma, “um psicanalista não poderá encontrar uma resposta à questão sobre seu lugar na experiência se não puder ler e se desembaraçar daquilo que o “enforma”, para poder dar lugar ao que não tem forma *a priori*” (PECEGO, GUARDADO & PROTA, 2021). O ato de Lacan, ao propor sua Escola, pode ser entendido, então, como um ato de subverter o discurso do mestre na formação do analista ao propor no lugar desse o discurso do analista. Por isso Lacan coloca o discurso do analista como avesso ao discurso do mestre.

Se na Universidade o sujeito está (a)sujeitado ao saber, campo no qual o que está em questão é o reconhecimento por um título outorgado, com a psicanálise trata-se de outra coisa, pois o saber é produto não do que é ensinado, mas, de outro modo, pelo que pode ser

transmitido. Transmissão essa que passa necessariamente pela experiência analítica.

Pensar a formação do psicanalista impõe assim que estejamos advertidos de que o que se recolhe como experiência de saber não vem de um mestre (aquele que acredita que tudo sabe), ou de um modelo que (en)forma, mas do que cada um pode extrair de saber a partir de sua própria experiência, e que constitui em si mesmo a ideia da form(ação), na qual cada um é convidado a colocar algo de si. Não se trata, portanto, de estar na Escola como aluno que espera do mestre um saber e uma autorização para se “formar” analista, ainda que não signifique que seja sem relação com o saber. Nesse sentido, podemos entender a afirmação de que “a Escola é um lugar de saber submetido a um não saber” (ZBRUN, 2014, p.81). Há algo que resta, e que diz respeito à singularidade e à solidão de cada um no ato de autorizar-se como analista.

Tal questão se articula à crítica que Lacan faz ao Outro absoluto, na experiência analítica, lugar ocupado pelo eu do analista. Nesse ponto, retornamos ao Seminário de Lacan *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/1985), que se organiza sob alguns eixos, entre eles o “relembramento imaginário” e o “reconhecimento simbólico”. Encontramos no dicionário um dos possíveis significados para a palavra relembramento: o “ato de tornar a reunir”. Ora, sabemos que Lacan faz uma crítica à ideia de totalidade do sujeito. Para ele trata-se de algo impossível de existir. Ao se debruçar sobre o “fim de nossa prática que está no âmago da técnica analítica”, Lacan (1954-1955/1985, p.304) interroga sobre o que está em jogo nessa prática, cuja ideia de uma “integração” ou uma “totalidade” estaria presente. Sob essa ideia, a análise visaria a junção, integração de toda fragmentação e parcialidade das pulsões, “o pandemônio de seus inúmeros e despedaçados egos”, aonde ao final se chegaria ao eu total à imagem do eu do analista (espelho vivo). Essa concepção contradiz o que há de mais fundamental na experiência analítica, ou seja, que o sujeito não se cura nunca de sua divisão mais fundamental, que ele estará para sempre marcado por uma perda estrutural e constitutiva.

Ainda nesse Seminário, Lacan toca na questão de “para que se formam analistas?”. Vale, neste ponto, retomar a palavra “ideal”³⁴ que aparece no texto freudiano *A Análise terminável e a interminável*, ao abordar a questão do psicanalista. A psicanálise vem demonstrar que o ideal é o que está na base das identificações mais primordiais do sujeito, que busca no outro um correlato narcísico do seu eu. Situa-se aí a ideia do reconhecimento como o que assegura, dá lugar ao eu no Outro e, portanto, diz respeito ao que se passa no eixo

³⁴ Ver citação à página 112.

imaginário. A Escola de Lacan propõe sair das amarras imaginárias, onde o analista buscaria o reconhecimento pelo Outro a partir do ideal de analista. Desse modo, a pergunta “o que é ser psicanalista?” não pode ser respondida na totalidade, no universal de uma definição, e por isso mesmo não é algo que possa ser ensinado na Universidade. É antes algo que aponta para a singularidade da experiência de cada um na sua transferência com a psicanálise, “que leva em conta a particularidade do modo segundo o qual cada um encarna o desejo do psicanalista” (LAURENT, 2020, p.53).

Para Lacan, o sistema de reconhecimento da IPA³⁵ não fazia mais que reforçar esse lugar do Outro da instituição psicanalítica como um Outro consistente e absoluto, capaz de atestar a suficiência ou não de um psicanalista. De forma que o reconhecimento está no campo do imaginário, isto é, o sujeito busca se assegurar no Outro capaz de lhe oferecer as garantias de que ateste uma suficiência para o exercício da função. Esse tipo de identificação só alimenta a fortificação do eu, desvio primordial da psicanálise para a Psicologia do Ego. Assim, e sobre a formação do analista, o que Lacan afirma nesse Seminário é que “se se formam analistas é para que haja sujeitos tais que neles o eu esteja ausente” (LACAN, 1954-1955/1985, p.310).

De certa forma, poderíamos arriscar dizer que, em uma instituição, com o empuxo a ser um lugar de referência para o tratamento de determinadas doenças, aquela que detém um saber especializado, estaria no lugar do ideal da cura (BELAGA, 2011), atribuindo aos profissionais o que aqui chamamos de reconhecimento, o reconhecimento outorgado pelo Outro, este sem barra, lugar do Outro verdadeiro. Entretanto, segundo Alberti e Figueiredo (2006, p.10), o sujeito que somos no trabalho na instituição nos coloca em uma posição de estarmos advertidos de que toda clínica inclui o real e, nesse sentido, não há saber totalizante que responda pela prática do psicanalista. A partir disso, “o psicanalista que se presentifica no trabalho institucional o é até o ponto em que sua análise o produziu, como dito, nem mais, nem menos”. O que se verifica, em alguns contextos, é que ele é reconhecido como psicanalista pelos outros “muito antes de assim ele se reconhecer ele mesmo” (idem).

Tal digressão permite-nos ver que o conceito de Escola proposto por Lacan traz em si a própria estrutura do ato, pois carrega em seu cerne a marca de um antes e um depois. Lacan rompe com a marca identificatória ao ideal de analista para propor que aquele, com seu desejo de analista, deve autorizar-se de si mesmo. Autorizar-se de si mesmo não equivale a dizer “por si mesmo”, por conta própria, pois não se trata de “auto-ri(tuali)zar-se”, ato que

³⁵ Associação Internacional de Psicanálise

dispensaria a relação com a Escola, como o próprio Lacan (1974/2003, p.312) apontou na Nota Italiana. Autorizar-se de si mesmo implica antes que não há um significante que o garanta, tampouco um Outro que o outorgue um título. Implica antes uma posição a partir de sua própria análise, do seu sintoma com a causa analítica, no ponto onde cada um é afetado. É a partir desse lugar que ele se autoriza à psicanálise, na solidão de seu saber fazer, o que não se dá fora do coletivo.

O “si mesmo” na enunciação de Lacan remete à solidão de cada um em seu ato, em sua prática, o que não significa dizer que é sem os outros. À afirmação enunciada como princípio na *Proposição de 9 de Outubro de 1967 sobre o psicanalista da escola*, a saber, que o psicanalista só se autoriza de si mesmo, Lacan (1967b/2003, p.248) acrescenta ainda: “isso não impede que a Escola garanta que um analista depende de sua formação”, apontando para alguns outros aos quais o analista está referido. Poderíamos pensar esses outros como todos aqueles a quem o analista pode dar provas de seu desejo.

Vemos, então, como esses dois termos – reconhecimento e autorização – estão implicados na prática do psicanalista. No hospital, precisamos estar advertidos de que não é do lugar de reconhecimento que o psicanalista terá sua função. Aliás, quanto a isso, cabe citar Miller (2017, p.1) quando este afirma que o psicanalista “não é reconhecido como tal no discurso do mestre, e não demanda esse reconhecimento; pelo contrário, até pede que não seja reconhecido”. Como vimos afirmando, o “eu sou analista” só pode vir no *a posteriori*, não no *a priori*. Andar, só é ato desde que não se diga apenas “anda-se” ou “andemos”, mas faça com que “cheguei” se verifique nele” (LACAN, 1969/2003, p.375).

Se Lacan abordou o ato analítico na perspectiva do tornar-se analista, esta tese vem sustentar que essa perspectiva não se separa do lugar onde está o analista, o que em última instância pode ter efeito de formação, e de transmissão, para além da terapêutica. Estamos no campo da psicanálise em intensão, o de dar provas de sua prática como analista, mas reconhecendo-se por alguns outros. Trata-se aí não de dar provas do que se sabe (tal como seria esperado diante de um mestre), mas antes dar provas de um saber que não pode ser certificado, pois é do desejo do analista que se trata.

Podemos pensar assim que o autorizar-se de si mesmo é propriamente um ato analítico, na medida em que não está regulado por nenhum código que se tente repetir ou imitar, ou que garanta o saber do analista. Ele traz ao mesmo tempo o impossível de resposta à pergunta: “O que é ser psicanalista?”, que só pode ser respondida no caso a caso, no um a um.

Se o ato analítico, tal como pensado por Lacan para situar o fim de análise, é o

momento que produz o analista, e se esse movimento significa consentir com a inconsistência do Outro, então poderíamos dizer que no trabalho do psicanalista no hospital identificamos essa passagem do reconhecimento de um lugar onde há um saber pronto, para outra posição que é a de inventar esse saber, para o qual o analista precisa autorizar-se. Significa dizer que, no momento do ato, não há protocolos que garantam o fazer do analista, tal como vemos no exercício de outras funções no hospital. No lugar da mestria, está o “x”, cuja única função é fazer com que o sujeito trabalhe, por isso o saber do analista é um saber opaco. É com o desejo do analista que se pode operar, e esperar que a presença do analista produza alguma diferença.

O ato é, então, o que faz cair as garantias, que no nível do imaginário fazemos equivaler à busca pelo reconhecimento. O que estamos propondo aqui é pensar o ato analítico como o momento em que se abre para a possibilidade de outra coisa, que não é o que pode ser previsto ou posto de partida, tal como se observa na função dos protocolos. O deslocamento da certeza para a dúvida, movimento operado pela transferência, que levará ao impossível de tudo saber, mas, ao mesmo tempo, é o que poderá permitir alguma invenção sobre isso que não se sabe, um certo fazer com o vazio deixado pela vacilação das certezas.

Pensando na prática da psicanálise no hospital, prática que sustenta as questões que trago aqui, poderíamos dizer que o ato estaria, então, no consentimento com algo da desidentificação, de um “atravessamento do plano das identificações” (LAURENT, 2020, p.53), alienado nos significantes nos quais o sujeito se reconhece, perdidos pela vivência do câncer? Talvez o dispositivo analítico, instaurado pela presença do psicanalista, tenha a função de permitir um trabalho no qual o sujeito possa inventar novas saídas, pela via da fantasia, tal como Lacan aponta como o quarto vértice no quadrângulo do grupo de Klein.

O que o ato analítico e a autorização do analista têm em comum? Em ambos percebemos a lógica do que se verifica no *a posteriori*, e cujo percurso se faz na solidão do ato, por não haver garantia do que virá a partir da presença do analista. O ponto de chegada é um saber-fazer-com, não é um *prêt-à-porter*. O ato analítico no hospital convoca assim a solidão do analista com seu saber não todo, não pronto, mas que com a sua presença incita o outro ao lugar de trabalho, trabalho esse cujos efeitos só saberemos depois. A solidão do ato analítico implica, assim, autorizar-se sem a garantia do Outro, lugar do asseguramento e reconhecimento pela via do saber (o que a instituição fornece), mesmo que se esteja no lugar dos especialistas.

De certa forma, é o analisante que pode atestar que ali houve analista, a partir dos efeitos no tratamento, ou, como afirma Veras (2016, p.21), “é pelo ato que se pode

demonstrar o real e extrair dessa demonstração algum tipo de consequência. A melhor definição de ato é a intervenção do analista que provoca uma ruptura entre o antes e o depois”. Conforme Lacan (1967-1968, inédito, p.105), ao se falar em ato se trata sempre dos efeitos de significante, podendo afirmar: “se algo caracteriza a posição do psicanalista, é muito precisamente que ele não age senão no campo de intervenção significante”.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS: O ATO ANALÍTICO E SEUS EFEITOS DE TRANSMISSÃO

O analista, a saber, ele é ensinante de que? Ensinará tudo, não importa o que, salvo a psicanálise.

Lacan, 1967-1968

O título dessa tese apresenta dois termos caros ao nosso percurso na clínica: psicanálise e hospital. Partimos da questão do psicanalista no hospital, apontando, tal como entendemos, para um movimento, deslocamento, que marca um antes e depois. É nesse efeito de retroação que retomamos o ponto de partida. Partimos do lugar que é conferido ao psicólogo na instituição de saúde, e nas implicações de suas atribuições em uma equipe multidisciplinar (ou multiprofissional). Do discurso universitário, que garante o saber no lugar de agente, fomos nos deixando conduzir pela clínica a cada novo paciente.

Nesse lugar marcado então por saberes e especialidades, lugar por excelência da instituição de saúde, que tem no discurso da mestria a condução de seus protocolos de tratamento, buscamos por investigar a relação da psicanálise com a ciência, passando do desejo de Freud por uma prática científica, à confirmação por Lacan de que o sujeito da psicanálise é o sujeito segundo a qual a ciência nos fornece. Estamos advertidos de que o discurso analítico não é um discurso científico, “mas um discurso cujo material a ciência nos fornece”, lembra Lacan (1971-1972/2012, p.136). Em meio a tantas outras práticas, estamos aí sem recusar o lugar oferecido pelo discurso científico, mas advertidos do lugar que o discurso analítico nos confere, o de semblante. É sobre a subversão da relação com saber que vimos interrogando ao longo dessa tese, no trabalho do psicanalista no hospital, e aqui vale citar Lacan (1971-1972/2012, p.188), uma vez mais:

O psicanalista, portanto, tem uma relação completa com aquilo que sabe. Ele o renega, *reprime*, para empregar o termo pelo qual se traduz em inglês o recalque, a *Verdrängung*, e até lhe sucede não querer saber nada dele. E por que não? Será que isso poderia chocar? [...] Será que é o saber que cura, seja ele do sujeito ou o suposto na transferência, ou será que é a transferência, tal como se produz numa dada análise. Por que o saber, aquele do qual digo que todo psicanalista tem a dimensão, seria reconhecido?

Se o modelo biomédico dos protocolos baseados em evidências previamente

estabelecidos evidencia uma tentativa de tentar prever, e prever o que virá; a psicanálise vem demonstrar justamente que é o não saber que evidencia o impossível de tudo saber, ao qual estamos irremediavelmente submetidos. Ocupamo-nos do que não pode ser evidenciado pela via da probabilidade e da predição, mas sim da contingência. Por isso o lugar do analista é o do semblante, por se tratar de um dizer que não diz tudo, algo sempre escapa. Portanto, com essa tese, esperamos poder ter demonstrado que o discurso do analista traz uma desacomodação assegurada pelo saber, ou seja, o discurso do analista desaloja o saber do lugar que a instituição lhe fornece, por introduzir o objeto *a*, enigma, no lugar de agente.

Com o legado freudiano de que o campo com o qual trabalhamos é a clínica, recorremos uma vez mais a uma cena do cotidiano da enfermaria. Havia nessa equipe uma médica em seu primeiro ano de residência em Hematologia. Ela se mostrava pouco acessível à interlocução com a Psicologia, valendo-se de formulários de parecer (padronizados na instituição) apenas quando algo de seus pacientes não ia bem. Nessas ocasiões, era comum solicitar ao psicólogo atendimento para que ajudasse em algum procedimento que normalmente o paciente não aceitava ou resistia. Demonstrava pouca abertura para falar do caso, e o pedido de parecer parecia cumprir o protocolo da enfermaria, preso a um quadro, ainda que o psicólogo estivesse ali no mesmo espaço. Apesar da presença da psicóloga não somente na enfermaria, muitas vezes esbarrando nos leitos dos pacientes em comum, mas também em outros dispositivos da instituição, como *rounds* e mesas redondas, a solicitação de parecer era a única via de comunicação.

Após certo período de sua residência, essa médica pede para falar com a psicóloga fora da enfermaria, no corredor do hospital. Ao atravessarem a porta da enfermaria, essa médica pode então “desmontar” de sua posição como médica, e dizer de como estava difícil o seu trabalho ali, chora, e pede então indicação de “uma analista”. No meio científico as técnicas e tecnologias vêm mascarar, muitas vezes, o mal-estar do médico, que não pode aparecer. Tem alguma coisa que não pode ser partilhada, dividida, o que nos faz concluir que quanto mais a medicina avança, menos lugar há para a subjetividade. Essa divisão não pode aparecer quando se está sustentado em um lugar da consistência de saber. Talvez por isso Lacan tenha falado da psicanálise como o lugar onde a medicina pode repousar.

O que se deu ali? Se até então parecia haver pouca transferência, pelo menos é o que se apresentava nos espaços médicos, fora dali alguma coisa parece ter sido transmitida pela presença daquela psicóloga, talvez pela via dos casos, e através da clínica, que fizera com que a médica solicitasse indicação de analista, dessa vez para ela. Ela não pedia uma psicóloga, ela pedia um analista, sem que em nenhum momento a psicóloga tivesse se apresentado como

tal. O que pôde ser transmitido com a presença do psicanalista ali? Apoiada na indagação de Miller (2010), em seu curso *El banquete de los analistas*, indagamos sobre como se transmite algo de uma experiência que só se dá no caso a caso, como é próprio da experiência analítica, ao para todos. É aí que se inscreve o conceito de Lacan sobre a transferência de trabalho, um conceito que concerne à transmissão e ao modo de transmissão, que é o que nos interessou nessa tese, do ensino da psicanálise.

Partimos, com essa vinheta, do pressuposto de que a questão da transmissão em psicanálise não equivale ao ato de ensinar, o que demandaria um mestre, tampouco está dissociada da própria experiência analítica. O que significa dizer que é, ao mesmo tempo, do lugar de analisante que é possível transmitir o que é a psicanálise, implicando em uma mudança de posição em relação ao saber. Nesse sentido a transmissão é menos um ato intencional, tal como o ato de ensinar, que equivale à exposição de saber e conhecimento, e sim o efeito da presença do analista no hospital, que só pode advir pelo ato analítico.

Alberti e Figueiredo (2006) abordam a questão da psicanálise nos campos onde ela atua como uma aposta, e não como mais uma profissão. É o que vimos sustentando ao longo dessa tese, advertidos dos efeitos de seu ato (que tem por excelência valor de um dizer) cujo alcance não pode ser calculado *a priori*. As autoras afirmam que “o sujeito trabalhador na posição do histérico – com sua interrogação do que está estabelecido *a priori* – é capaz de engendrar um questionamento que não só promove mudanças como também permite produzir um novo saber a partir da prática institucional” (ALBERTI & FIGUEIREDO, 2006, p.9).

No trabalho em equipe, por vezes centrado na doença e nos procedimentos médicos, somos muitas vezes levados a ficar na queixa sobre sermos excluídos ou não, muitas vezes deixados de lado, como se o trabalho “psi” tivesse pouco lugar, reconhecimento, ou lugar acessório, de apoio. Nessa posição, podemos cair facilmente em amarras imaginárias de disputa e rivalidade, que Freud (1921/1992) já nomeara como “narcisismo das pequenas diferenças”, que só contribuem para a rivalidade e isolamentos em suas próprias categorias profissionais. Podemos dizer que esse é um dos efeitos quando ficamos capturados na demanda pelo reconhecimento no lugar que é mirado pela instituição: a do saber.

A questão da transmissão e difusão da psicanálise faz parte do próprio movimento psicanalítico, muitas vezes na contramão do pensamento científico da época de Freud, e por isso não sem resistências, como acompanhamos em *Contribuição à História do Movimento Psicanalítico* (FREUD, 1914 c/1992). Ali, Freud situava os passos, e os percalços, da trajetória da psicanálise, que denominava como a nova ciência, desde a sua criação. Contudo, foi a partir de 1902 que se deu um movimento em torno do qual algo de uma transmissão

parecia se insinuar. Foi nessa ocasião que um grupo de médicos passou a reunir-se com Freud com o intuito de “aprender, exercer e difundir a psicanálise” (FREUD, 1914c/1992, p.24), tendo ao seu lado o reconhecimento para transmitir seu conhecimento e experiência aos outros. Esse encontro passou a ser conhecido como as reuniões das quartas-feiras.

Em 1907, Freud tomou conhecimento de que suas ideias e a teoria psicanalítica estavam sendo difundidas em um hospital de tratamento de doenças mentais em Zurique, como parte integrante do curso de psiquiatria. A convite de um dos médicos assistentes (C.G Jung), Freud foi reunir-se com eles. A psicanálise dava os primeiros passos para além dos encontros semanais, cujo alcance se verificaria algum tempo depois. Desse encontro resultou a fundação do periódico sob a direção de Bleuler e Freud, tendo como editor o jovem médico C.G. Jung. Podemos ver nas palavras de Freud (1914c/1992, p.26) o que podemos tomar como efeitos de transmissão:

Na Suíça, de representação tão importante no plano intelectual, onde aconteciam reuniões que reuniam os mais expoentes e de grande importância, um foco infeccioso nesse lugar não poderia não alcançar particular importância para a propagação dessa “epidemia psíquica”, como denominada por Hoche, de Freiburg.

Como epidemia, a psicanálise ia aos poucos sendo transmitida para além do que se passava no *setting* analítico. O laço entre as Escolas de Viena e Zurique impulsionaram a psicanálise através da difusão da literatura psicanalítica e pelo aumento do número de médicos que se tornavam adeptos da nova técnica de tratamento, mas também, e ao mesmo tempo, cresciam as críticas e a frequência com que a psicanálise passava a ser atacada em congressos e associações. Vê-se aí a marca que a psicanálise carrega desde os seus primórdios de oposições e dissidências, como inerente à sua própria estrutura (JORGE, 2017b).

Se a transferência é o que nos permite talvez pensar sobre os efeitos do que se passa com a presença do psicanalista no hospital, então o que poderíamos dizer sobre a transferência e seus efeitos para a equipe na qual o psicanalista está inserido? Não se trata de cobrir o que o outro não sabe com o saber do psicanalista, mas trata-se antes de contribuir com a sua presença para o trabalho de outros. Segundo Didier-Weill (1988, p.143), “é passante da psicanálise aquele cujo desejo inconsciente (desejo do analista) está de tal forma nodulado à sua elaboração significativa que ele tem – como o chiste – o poder de induzir, naquele que o recebe, um efeito de simbolização.”

Como já dito, Lacan (1964/2003) apresentou o conceito de transferência de trabalho, no *Ato de Fundação*, ao se interrogar sobre o que pode ser transmitido na psicanálise, considerando que essa é uma experiência que se passa na dimensão do um a um, e não do um

para todos. Mas foi, sobretudo nos anos de 1967-1969, que Lacan parece formalizar a sua transmissão a respeito do ato do analista.

Miller dedica um curso inteiro, denominado *El banquete de los analistas* (1990/2010), para trabalhar e pensar o que se dá no entorno dessa experiência de transmissão e de saber da psicanálise. Não seria possível estender essa discussão no tempo e tamanho desse trabalho, mas o que nos interessa aqui é destacar o valor do conceito de transferência de trabalho no que concerne à transmissão, do desejo de saber, aponta Miller (2010), o que não coincide com ensinar.

Trazemos a questão da transferência de trabalho para o debate desta tese porque pensamos que aí se encontram os efeitos do trabalho e da presença do analista no hospital e na equipe, pois quando Lacan apresenta esse conceito ele o faz para pensar os laços, o que se transmite de um sujeito a outro, já advertido da articulação contínua da psicanálise com as ciências afins. O que se transmite é propriamente o trabalho.

Desse modo, concluímos que a presença do psicanalista em uma equipe pode funcionar como operador que dá lugar ao trabalho de outros. Ainda tomando as contribuições de Miller (2010, p.190) sobre o tema, ele afirmará que, “quando se supõe o saber, não há lugar para o trabalho. Portanto, é preciso passar do amor ao saber para o trabalho de saber. Nesse ele lembra que:

A transferência de trabalho aponta para outra coisa, aponta para a transmissão a outro do que a psicanálise ensina, e formula o caminho, que não é o de trabalho de transferência inventado por Freud, nomeado por Freud, e sim ao que Lacan se refere como uma transferência de trabalho: exatamente, que o trabalho mesmo seja transferido um a um (MILLER, 2010, p.172).

Mas o que se transfere propriamente? Podemos dizer, com esse percurso, que o que se transmite é efeito daquilo que toca o analista em sua prática, e que podemos retornar a Freud ao proferir algumas conferências sobre a psicanálise na Universidade Americana Clark University no ano de 1909. Essa foi a primeira vez em que Freud expôs suas descobertas ao público (1910 [1909], 1914c/1992), ocasião na qual ele teria utilizado a expressão “eles não sabem que estamos lhes trazendo a peste!”³⁶.

³⁶Não se encontram referências muito exatas sobre essa expressão de Freud, porém sabe-se que teria sido por ocasião das Conferências que ficaram conhecidas como *As cinco lições de psicanálise*, considerada por Freud naquele momento como “o primeiro reconhecimento oficial da nova ciência” (FREUD, 1910 [1909] / 1992, p.17). Segundo Roudinesco (2016), a frase pronunciada por Freud, que estava ao lado de Jung, quando a convite de Stanley Hall foi proferir a série de cinco conferências na Clark University, ao se aproximarem do país norte-americano, foi: “se eles soubessem o que estamos lhes trazendo...”. Segundo a historiadora, o fato foi mais tarde confirmado pelo próprio Jung em uma entrevista na Biblioteca do Congresso em Washington. É a Lacan que se

É preciso ter sido afetado pela peste para que algo da transmissão aconteça. Nossa hipótese, na vinheta que abre esse capítulo, é a de que algo do que podia ser observado no tratamento dos pacientes, como efeito da psicanálise no espaço hospitalar, efeito da peste levada pela presença da psicanálise, pode tê-la afetado.

Pensamos, no caminho de uma conclusão, que a questão do psicanalista em instituição só pode ser respondida levando em consideração o laço de cada psicanalista com a psicanálise, em sua formação. Nada pode nomear o que é um psicanalista, senão ele próprio através do laço do sujeito que analisa com a psicanálise. É na sua própria experiência enquanto analisante que se encontra a sustentação da possibilidade de sua presença e transmissão. Nesse sentido é que a questão do que é ser psicanalista está atrelada à presença do psicanalisante, sobretudo à questão da própria formação. Tal como Lacan (1971/2011 p.63) afirma: “para que exista uma chance de analista, é preciso que uma certa operação, que chamamos de experiência psicanalítica, tenha feito o objeto *a* vir no lugar do semblante”. Mais do que ser colocado nessa posição, ele “é levado a ela por seu analisando” (idem, p.89).

Pode-se dizer, assim, que a presença do psicanalista instaura um novo tipo de tratamento, cujos efeitos só podem ser calculados *a posteriori*, contrariando os protocolos da ciência, cujos efeitos podem ser previstos e calculados de antemão. Diante de um novo protocolo de tratamento, por exemplo, de quimioterapia, o paciente é advertido dos possíveis sintomas e efeitos, sendo alertado para aquilo que, inclusive, poderá ser considerado uma emergência. Já para o psicanalista, não é possível prever. O que é tomado como verdade científica em um discurso, o da medicina, é colocado à prova quando advém a experiência do sujeito, na qual a verdade tem apenas um caráter ficcional, pois aí se revela um saber que só pode ser representado como experiência singular.

Portanto, não se trata de ensinar a psicanálise, mas de “um novo tipo de tratamento, para além da terapêutica, um por um, com a finalidade de transmitir a contribuição da psicanálise para a civilização como tal, trata-se de suscitar algo como uma transferência de trabalho” (LAURENT, 2020, p.48). Nesse sentido, o psicanalista estaria aí não para completar o saber que falta, ou ter a resposta que se demanda sobre o paciente, mas antes ele estará, se estiver, para tentar cernir o indizível que comporta a experiência do sofrimento. Segundo Miller (2010, p.175), “a tese da transferência de trabalho versa assim mesmo sobre a transmissão do desejo de saber”, no qual há um trabalho implicado. Vejamos uma vez mais, e para concluir, através de um caso clínico.

atribui a “peste” como aquilo que Freud teria ido transmitir.

P. era um paciente de 36 anos em tratamento de LMA. Esse tipo de leucemia demanda internação e intervenção rápida, sob o risco de morte do paciente, o que a configura como uma doença aguda e grave. O protocolo de tratamento de LMA consiste em alguns protocolos de quimioterapia que demandam, por consequência, uma primeira internação muito longa, na qual o paciente fica um bom tempo sem defesas imunológicas. Isso determina que ele permaneça, no mínimo trinta dias, internado, nesta primeira etapa. É esperado que alguns pacientes desenvolvam algum tipo de toxicidade, ficando vulneráveis a diversas infecções, pois ficam um bom período “aplastados” (sem células de defesa). Nesses casos, o tempo de internação pode se elevar a bem mais que um mês. Nosso primeiro encontro com P. foi no momento inicial de sua doença, cuja proposta de tratamento consistia em quimioterapia.

Sempre rodeado de familiares, esposa e irmãos, P. conseguiu realizar o tratamento conforme o protocolo. Mas a recaída veio precocemente (menos de seis meses após o término de tratamento quimioterápico), e nesse caso havia indicação de transplante de medula óssea. P. estava com sorte, pois um dos seus irmãos era cem por cento compatível, seria ele seu doador. Ele realizou o transplante e, pouco tempo depois, nova recaída, nova internação para mais um protocolo de tratamento, porém agora com bem menos chances de cura.

No segundo momento do tratamento, P. ficou por quase dois meses internado, e podia expressar o quanto estava difícil ficar no hospital, chegando no limite do que podia suportar, há dois meses sem conseguir ir para casa: “*Qual o sentido de tudo aquilo?*”, ele se perguntava. Essa recaída, e a necessidade de nova internação, coincidiam com a morte de seu irmão (de forma abrupta e violenta), esse mesmo irmão que fora seu doador, o único entre cinco irmãos que era compatível. De luto, sem doador, e sem muitas esperanças quanto ao tratamento, P. só conseguia desejar ir para casa. Tinha plena noção e compreensão da doença, consciência dos riscos, mas não falava diretamente sobre a possibilidade da morte; ao contrário, queria voltar para casa, para sua rotina de vida, onde podia de fato se sentir seguro, vivo. Falava de sua urgência, do tempo que não podia esperar, de um tempo que não é o mesmo tempo dos protocolos e procedimentos hospitalares (medicamentos, transfusão, recuperação de defesas...). P. falava de seu desespero, dos momentos em que pensava abandonar tudo, retirar o cateter por conta própria e voltar para casa. Certa noite fora tomado por um “desespero”, uma “agonia”, precisava e queria sair dali de qualquer jeito. Ameaçava retirar o cateter e todos os acessos venosos, pedindo para ir embora. Chamou a médica e pediu para assinar a sua própria alta. Com o doador, seu irmão, havia morrido também a esperança. Desprovido de tudo, apenas com um corpo que insistia em adoecer, P. queria se manter na condução de sua vida. A esposa chora, pede para que ele se acalme. Liga para os familiares que lhe pedem para

“não colocar tudo a perder”. Mas P. já estava perdendo. O “tudo” para P. não estava ali dentro, mas sim fora dali. O que não sabiam é que sair do hospital significava para ele uma possibilidade de ganhar, a vida.

Enquanto psicóloga de P. a equipe me chama. Ao encontrá-lo, ele me apontava para a angústia no corpo, “*estou com uma angústia aqui*” (apontando para o peito). Afeto no corpo, esse afeto que não engana. Eu estava diante de um homem triste, mas com uma certeza, não queria estar ali. Pela manhã, a médica veio fazer a visita e atendimento como de costume, e P. queria saber tudo sobre seu tratamento, a doença, a evolução, suas chances e o real prognóstico. A médica lhe diz. A doença estava em franca atividade, a despeito de todo o tratamento tentado até ali (transplante de medula, diferentes quimioterápicos...). O corpo de P. não respondia a nenhum tratamento, e a doença avançava. Sem proposta de tratamento, os procedimentos consistem em tratar as infecções e dar suporte clínico. P. tinha um prognóstico muito limitado e muito reservado. Neste dia, a médica lhe conta tudo, inclusive suas chances mínimas de sobreviver. Tarefa difícil. P. está grave, sem defesas, infecções importantes, ele não consegue sair do hospital. Ele se desespera e pede para chamar a psicóloga. Encontramos P., que me olha como quem diz “*é isso*”. Olhos amarelos, me mostra suas feridas, sua dor no corpo e fala de sua urgência. Temos a nítida certeza de que P. já sabia, antes mesmo da comunicação de sua médica.

Conversamos com a equipe a fim de levá-lo para a enfermaria de outro andar (Hematologia), pois como sua internação não fora programada, e sim pela emergência, ele foi internado no leito vago, fora do andar de sua clínica. Cabe dizer que nesse hospital cada clínica oncológica situa-se em um andar, cada qual com sua respectiva equipe. A enfermaria de Hematologia, onde ficara em internações prévias, era o lugar onde possuía familiaridade e vínculo, tanto com a equipe, como com outros pacientes, lugar onde conseguia se sentir um pouco mais seguro. Escutamos da supervisora do andar: “*com todo respeito ao seu trabalho, eu entendo, mas esse paciente está morrendo e tem um monte de outros pacientes que estão lá embaixo para iniciar tratamento*”. A urgência do paciente não é a urgência do hospital, o que me dá a sensação de que as rotinas, os procedimentos, e as urgências institucionais, engessadas em seus protocolos, anunciam a morte do paciente antes mesmo da morte chegar. P. não foi transferido para o andar, embora houvesse leito disponível.

Falar em urgência aponta para dois termos: pressa e angústia. P. tinha pressa e deixava à mostra sua angústia. Por isso a urgência convoca ao ato, uma intervenção que não pode ser adiada. Assim, conversei com sua médica que insistia em não poder dar alta ao paciente em tais condições, não havia condições e critérios clínicos para a alta. Mas ela sabia

que P. desejava ir para casa, e sabia também que não melhoraria ainda que estivesse dentro do hospital. Após algum tempo, ainda que com muita resistência de não cumprir o protocolo para aquela situação clínica, mas podendo dividir com o paciente e a família essa decisão, resolve dar alta para casa. Essa alta permitiu a ele ficar quatro dias ao lado de sua família, era o que ele precisava e queria. Em situação de emergência, ele retorna ao hospital, dessa vez para não mais sair.

Poder escutar P., e estar ali junto com a equipe, dividindo os riscos, os dilemas e a angústia diante de uma decisão difícil, permitiu que a médica consentisse em dar alta, o que não foi fácil, dar alta em condições de risco para o paciente. Ao mesmo tempo, poder falar de sua fragilidade como médica, diante do impossível, permitiu que ela pudesse dividir um pouco essa decisão com o paciente e outros membros da equipe, colocando em suspenso a certeza do que significava deixá-lo sair. Deixar que o paciente pudesse concluir alguma coisa sobre sua vida naquele momento foi o possível a ser feito.

Trazemos o caso P., não para apontar que o psicanalista saberá o que fazer, ou dizer, pois estamos advertidos de que não há um saber que forneça as garantias esperadas pela instituição de saúde. Trazemos o caso P. porque ele transmite não apenas um saber, mas, sobretudo, a presença do sujeito e de alguém que possa escutá-lo, sem o *a priori* de responder às demandas. P. fala da aposta de que há o sujeito do inconsciente, que comporta a incógnita de um saber não todo. Uma aposta na presença de um saber que considere as incertezas e a impossibilidade que está colocada desde sempre. Nas palavras de Didier-Weill (2006, p.21),

A presença do sujeito do inconsciente faz com que o saber enunciado não pretenda ter a garantia dogmática d’A’ verdade pelo sujeito falante, introduz-se a dimensão de não-saber, isto é, uma dimensão a lembrar que, embora a teoria analítica fale da castração ela própria não deixa de ser habitada por uma castração de saber.

Como lembra Vilanova (2016, p.9), “oferecer nossa presença orientada pela psicanálise, e advertidos dos efeitos incalculáveis que esta pode produzir, é a tática que ainda vigora”. No lugar advertido do praticante da psicanálise, poder incitar o outro ao trabalho, suportando uma suspensão das garantias, pode ter tido efeito de transmissão de uma prática sem garantias, mas com a certeza de que há um sujeito ali. É essa presença orientada, como nos diz Vilanova, que pode produzir algo novo.

O que escutamos em nossa experiência é que ter um câncer implica algo impossível de nomear, aquilo que “escapole” segundo Lacan (1964/1998). Se o saber científico – e aqui situamos o discurso da medicina – vai na direção de tentar suturar esse real, a psicanálise se apresenta não para suturá-lo, fazê-lo desaparecer, mas antes o inclui, apontando para as

diferentes formas singulares de tratar esse encontro. Então poderíamos dizer que esse contexto convoca o psicanalista a pensar seu lugar, o que pode operar com seu ato, diante de práticas e intervenções que o convocam a estar ali para fazer o tratamento “dar certo”, visando a um ideal de cura. Como estar ali, e ao mesmo tempo sustentar um outro lugar, que não é o de responder às demandas médicas tantas vezes enunciadas como “convencer o paciente”, “adaptá-lo a uma nova realidade”?

E, por fim...

Diante das questões apresentadas, essa tese pretendeu demonstrar de que maneira a autorização como analista é intrínseca ao que se dá na mudança de posição do sujeito. Quer dizer, se do lado do paciente podemos acompanhar uma mudança de posição, isto é, ele não é mais o mesmo antes e depois da doença, e a possibilidade de falar sobre essa vivência é o que promove esse deslocamento; do outro lado também o que se verifica é mudança de posição: de psicólogo (lugar de saber reconhecido) à analista (lugar conferido pelo saber inconsciente).

É claro que o autorizar-se como analista na cena hospitalar não depende exclusivamente da condição do paciente, que Lacan (1967-1968, inédito) advertiu para o risco do paciente “bancar o analista”, mas antes porque algo do analista consentiu em negar, o que comandava: o psicólogo, sustentado no saber universitário.

O ato, como vimos ao longo dessa escrita, é propriamente o movimento de transgredir, de ultrapassar, implica em recolher as suas consequências, advertido de que não é mais possível retornar a uma posição inicial. Essa é a subversão da psicanálise na cena hospitalar. Na contramão do tratamento do sintoma médico, que visa o retorno ao um *status quo* inicial, anterior à doença, a psicanálise vem atestar que não se pode ser o mesmo depois de ter passado pela doença, com sua incidência particular no corpo. Não é sem consequências para o sujeito. Como escutei recentemente, “a ética analítica é a ética das consequências, não das intenções”³⁷, por isso não é a ética do bem-estar, e sim do bem-dizer.

O encontro com o impossível, com o real, sempre esteve presente na prática psicanalítica, onde quer que ela se dê. Ao psicanalista não cabe a tarefa de preencher com um saber aquilo que surge como impasse ou furo no saber quando demandado pelo outro. O que não quer dizer que nenhum saber possa ser produzido a partir dessa experiência diante do real. É sobre isso que essa tese procurou interrogar, partindo daquilo que pode ser nomeado como

³⁷Ana Aromi (AME – ELP/AMP), conferência de abertura “Ato: entre consentimento e consequências. O que a clínica analítica contribui para a civilização”, proferida na X Jornadas da EBP-SP *Psicanálise em Ato*, realizada em 05/11/2021, via dispositivo Zoom.

ato médico, os casos compareceram para testemunhar a presença do que acontece no encontro com o psicanalista.

Na psicanálise, desde o início havia uma associação entre curar e pesquisar, e o conhecimento trazia o sucesso, não se podia tratar sem experimentar algo novo, não se obtinha esclarecimento sem vivenciar o seu efeito benéfico. Nosso procedimento analítico é o único que mantém essa preciosa conjunção. Só quando praticamos o cuidado analítico da alma aprofundamos nossa incipiente compreensão da vida anímica dos seres humanos. Essa perspectiva de ganho científico constitui o traço mais nobre e feliz do trabalho analítico

Freud, 1927.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. O corpo, uma superfície. In: ALBERTI, S e RIBEIRO, M. A C. *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004, p. 37-46.

_____.& FIGUEIREDO, A. C. Psicanálise e Saúde Mental – uma aposta. In: ALBERTI, S & FIGUEIREDO, A. C. (orgs). *Psicanálise e Saúde Mental – uma aposta*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2006.

_____.O hospital, o sujeito e a psicanálise: Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Rev. SBPH*, Jun 2008, vol.11, n.1, p.143-160.

_____.Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa. *Rev. SBPH*, Jun 2019, vol.22, no. spe, p.6-18.

ALTHUSSER, L. Freud e Lacan. In: *Freud e Lacan. Marx e Freud*. Rio de Janeiro, Graal, 1985, 2ª edição, p.75-93.

ANSERMET, F. Da psicanálise aplicada às biotecnologias, e retorno. In: *Latusa digital*, ano 0, número 1, agosto de 2003.

_____.Medicina e Psicanálise: elogio do mal-entendido. In: *Opção Lacaniana online*, ano5, número 13, março de 2014.

ASKOFARÉ, S. Anormalidade, anomalia, patologia e bem-estar: a saúde e suas políticas à prova da psicanálise. In: MANSO, R. B e DARRIBA, V. (orgs). *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito*. Rio de Janeiro, 2015, p. 45-68.

BALINT, Michel. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

BARROS, R. R. Urgência, um novo tempo. In: *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro: Ed. Subversos, 2012.

BASSOLS, M. *A psicanálise, a ciência, o real*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2015.

BELAGA, G. A. *La urgencia generalizada – la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama ediciones, 2006.

_____.Hacer existir el psicoanálisis en el hospital. Lineamientos de una apuesta. En: *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Olivos: Gramma Ediciones, 2015, p.13-66.

_____. Encrucijadas del psicoanálisis en el siglo XXI. Cómo empieza y cómo termina um psicoanálisis para un ciudadano común. En: *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Olivos: Gramma Ediciones, 2015b, p. 67-85.

_____. SOTELO, I, LESERRE, L. Investigaciones realizadas en los años 2000-2012: Proyetos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público. En: *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Olivos: Gramma Ediciones, 2015, p. 67-85.

BENEVIDES, R & PASSOS, E. - A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3): 2005 p. 561-575.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2001.

_____. *Cadernos sobre o mal: agressividade, violência e crueldade*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2009.

BORNHOLDT, E & CASTRO, E. K – Psicologia da Saúde X Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção profissional. In: *Ciência e profissão*, 2004, 24 (3), 48-57.

BRASIL, M. S – *Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível na página <https://portalarquivos2.saude.gov.br/>, consulta em 20/04/2020.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRODSKY, G. *Short Stories – Os princípios do ato analítico*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

BROUSSE, M-H. Psicanálise Aplicada. In: *Arquivos da Biblioteca nº5*. Rio de Janeiro, EBP- Seção Rio de Janeiro, Junho 2008, p. 75-92.

BRUNHARI, M. V. *O ato suicida e sua falha*. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2015.

_____. & DARRIBA, V. A. Psicanálise *E* Hospital Hoje. *Rev. SBPH*, Jun 2019, vol.22, no. spe, p. 1-5.

CALDAS, H. Um corpo de mulher: da imagem ao gozo. In: *Latusa*, Rio de Janeiro, n.20, ago. 2015.

CARVALHO, S. B., & COUTO, L. F. S. A presença do psicanalista no hospital geral: Sua escuta e suas intervenções. In BATISTA, G., DECAT, M. & CARVALHO, S. B

(Orgs.), *Psicanálise e hospital 5: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011, p. 111-131.

CASTRO, L. E. R. De la mirada médica a La escucha psicoanalítica. In: BOCCA et al – *Temas de frontera entre el psicoanálisis y la medicina*. Olivos: Gramma Ediciones, 2015, p. 51-63.

CHIATTONE, H. B. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGEROMI-CAMON, V. A (org). *Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, p. 73-165.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA. A. S. Transformações sofridas pelo tempo: do cuidado paliativo teórico em direção ao prático. In: BERNAT, A. B. R; LIMA, F. L. T; ALCÂNTARA, L. S.; SWINERD, M. M (orgs). *Cadernos de Psicologia, n. 3 – Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015, p. 145 – 150.

COTTET, S. Penso onde não sou, sou onde não penso. In: MILLER, G (org). *Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987, p. 11-23.

_____.Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea. In: Santos, T. C (org). *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria. 2005, p.11-40.

DARRIBA, V. A & SILVA, A. C. A questão do fundamento em Freud: elementos para uma psicanálise aplicada. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 4, 868-880, dezembro 2012.

_____.& BOSSE, C. O terapêutico e o analítico em Freud. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 18, n. 2, abr./jun. 2013, p. 333-341.

_____.Em que consiste a dita conjunção do capitalismo com a ciência? In: BARROS, R. M. M e DARRIBA, V. (org.) *Psicanálise e Saúde: Entre o Estado e o Sujeito*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2015, p. 83-93.

_____.Dimensão Subjetiva. In: Madeira, I. R e Souza, L. M. B. M (org.) *Pediatria: Cuidado com as Crianças. Série Rotinas Hospitalares*, HUPE, vol. IV. Rio De Janeiro: Triunfal, 2017.

_____.Psicanálise e prática multidisciplinar no hospital: clínica e transmissão. *Rev. SBPH*, Jun 2019, vol.22, no. spe, p.240-251.

_____.Perspectivas da relação entre psicanálise e ciência em Lacan. In: *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 51.1, 2019 (b), p. 11-37.

DAVID-MENARD, M. *A histérica entre Freud e Lacan: corpo e linguagem em psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, 2000.

DECAT DE MOURA, M. *Psicanálise e a prática hospitalar com pacientes graves*. Escola Letra Freudiana, Rio de Janeiro/RJ, v. 27, p. 307-310, 2000

_____.& SOUZA, M. C. B. *Psicanálise e Hospital: se ao "a" deve o analista chegar, por onde ele andava?* In: *Revista Epistemo-Somática*. Belo Horizonte. v. IV, n.02, ago/dez 2007, p. 127-138.

_____.*O psicanalista à altura do seu tempo? Respostas da psicanálise ao chamado médico*. BATISTA, G.; MOURA, M. D; CARVALHO, S. B (orgs). *Psicanálise e Hospital; a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. P. 99-110.

_____.*Psicanálise e Medicina: Uma clínica do sempre no limite terapêutico*. In: DECAT DE MOURA, M. (ORG). *Oncologia: clínica do limite terapêutico? - Psicanálise e Medicina*. Belo Horizonte: Artesã, 2013, p. 400-409.

DIDIER-WEILL, A. *Inconsciente freudiano e a transmissão da psicanálise*. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

_____.*A questão da formação do psicanalista para Lacan*. In: Coutinho Jorge, M.A (orgs). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006, p. 15-28.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

_____.*Por uma psicanálise desavergonhada diante da ciência*. Comunicação oral durante o VI Simpósio Anual do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ, realizado nos dias 19, 20 e 21 de outubro de 2009, sob o tema *Psicanálise, Universidade e Sociedade*.

_____.*A lógica da diferença irreduzível: a formação do psicanalista não é tarefa da universidade*. In: Dossiê Psicanálise – *A psicanálise e a clínica do mal-estar na contemporaneidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro v. 16 n. 4 p. 1138-1152, 2016.

FAGUNDES NETTO, M. V. R. *Um psicanalista no hospital geral: possibilidades e limites de atuação*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

FIGUEIREDO, A.C. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos – a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____.*O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRANÇA, W. Ato analítico e instituição: uma interlocução possível? In: *Opção Lacaniana online* Ano 5, n. 13, março 2014.

FREUD, S. (1890) Tratamento psíquico (anímico). In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019, p.19-46.

_____. (1892-94) Prefácio e notas de rodapé à tradução das conferências das terças – feiras, de Charcot. *Obras Completas Sigmund Freud*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991.

_____. (1892-94) Extractos de las notas de Freud a su traducción de Charcot, *Leçons du mardi. Obras Completas Sigmund Freud*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991.

_____. (1893) Bosquejos de la «Comunicación preliminar». *Obras Completas Sigmund Freud*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991.

_____. (1893-1895) Estudios sobre la histeria *Obras Completas Sigmund Freud*, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992.

_____. (1895) Proyecto de psicología. In: *Obras completas Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992, v. I, p. 323-436.

_____. (1901) Psicopatología de la vida cotidiana. In: *Obras completas Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991. V. VI.

_____. (1905a [1901]) Fragmento de análisis de un caso de histeria. In: *Obras completas Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. v. VII, p. 1-107.

_____. (1905 [1901]) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora"). In: *Sigmund Freud – Obras completas: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)*. Tradução Paulo César de Souza. 11ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, v. 6, 2016.

_____. (1905b) Tres ensayos de teoría sexual. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992, v. VII p. 109-224.

_____. (1905c) Sobre a psicoterapia. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

_____. (1908-1901) Análisis de la fobia de um niño de cinco años. A propósito de un caso de neurosis obsesiva. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992, v. X.

_____. (1910 [1909]) Cinco conferencias sobre psicoanálisis. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. v. XI, p. 7-51.

_____. (1912) Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

_____. (1913a) El interés por el psicoanálisis. *Obras Completas Sigmund Freud*, Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

_____. (1913b [1911]) Sobre psicoanálisis. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991. v. XII, p. 207-216.

_____. (1913c). Sobre o início do Tratamento. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019, p.121-149.

_____. (1914). Lembrar, repetir, perlaborar. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

_____. (1914b) Introducción del narcisismo. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. v. XIV, p. 65-98.

_____. (1914c) Contribución a La historia del movimiento psicanalítico. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. v. XIV, p. 1-64.

_____. (1915a) El inconciente. In: *Obras Completas Sigmund Freud*, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992.

_____. (1915b) Pulsiones y destinos de pulsión. *Obras Completas Sigmund Freud*, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992.

_____. (1916a [1915-17]) Psicoanálisis y psiquiatría. 16ª conferencia – Conferencias de introducción al psicoanálisis. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991, v. XVI, p. 223-234.

_____. (1916b [1915-1916]) Dificultades y primeras aproximaciones. 5ª conferencia. Conferencias de introducción al psicoanálisis. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991, v. XV, p. 75-90.

_____. (1916-1917) El sentido de los síntomas. Conferência XVII. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, v. XVI, 1991, p.135-149.

_____. (1918[1914]) De la historia de una neurosis infantil. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. v. XVII, p. 1-112.

_____. (1918) Caminhos da Terapia Psicanalítica. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

_____. (1920) Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In: *Neurose, psicose, perversão. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2020.

_____. (1920) Além do princípio de prazer. In: *Além do princípio de prazer – Obras incompletas de Sigmund Freud*. Tradução e notas Maria Rita Salzano Moraes; revisão de tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

_____. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. In: *Obras completas Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992, v. XVIII, p.63-136.

_____. (1923) El yo y el ello. In: *Obras completas Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992, v. XIX, p.1-66.

_____. (1926a) A questão da análise leiga. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

_____. (1926b[1925]) Inhibición, síntoma y angustia. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. v. XX, p.71-164.

_____. (1927) Posfácio a questão da análise leiga. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

_____. (1930) *O mal-estar na civilização*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Penguin e Companhia das Letras, 2011.

_____. (1932-1933a) En torno de una cosmovisión. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991. v. XXII, p. 146-168.

_____. (1933[1932b]) Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991, v. XXII, p. 126-145.

_____. (1933) La feminidad, 33ª conferencia. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. In: *Obras completas: Sigmund Freud*. Traducción: José L. Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991, v. XXII, p. 104-126.

_____. (1937) A análise finita e a infinita. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

GOLDENBERG, M. (comentário no texto) de SARMIENTO, C. S. Ser madre: un deseo que no sabe de escollos. In: BOCCA et al – *Temas de frontera entre el psicoanálisis y la medicina*. Olivos: Gramma Ediciones, 2015, p. 81-90.

HERRERA-ALTAMIRANO. E. El Hospital: Un lugar para la intervención psicoanalítica. In *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales: Formación, experiencia y reflexiones*. México, DF: Manual Moderno, 2012, pp. 123-132.

IANNINI, G & TAVARES, P. H. Sobre fundamentos da clínica. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte; Autêntica Editora, 2019.

KOYRÉ, A. *Estudos de História do Pensamento Científico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1991

INCA http://www1.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp, consulta em 22/04/2020.

JORGE, M. A. C & FERREIRA, N. *Lacan, o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da Psicanálise, de Freud a Lacan – a prática analítica*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

_____. Freud com Lacan: a psicanálise hoje. In: *Reverso*. Belo Horizonte, ano 39, n. 73, pp. 15 – 26, jun. 2017(b).

_____. & TRAVASSOS, N. P. *Transexualidade: o corpo entre o sujeito e a ciência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

LACAN, J. (1945) O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada – um novo sofisma. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1949) O estágio do espelho. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1953-1954) O Seminário, livro 1-*Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

_____. (1954-1955. O Seminário, livro 2-*O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

- _____. (1955b) A Coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em Psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1957) A instância da letra no inconsciente. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1957) A psicanálise e seu ensino. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1959-1960) O Seminário, livro 7-A *ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1997.
- _____. (1960) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade”. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1960a) Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1962-1963) O Seminário, livro 10-A *angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2005.
- _____. (1964) Ato de fundação. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- _____. (1964) O Seminário, livro 11-*Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1965) A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- _____. (1966) O lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção Lacaniana* nº 32, dez.2001, p. 8-14.
- _____. (1966) Do sujeito enfim em questão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998
- _____. (1967a) Da psicanálise em suas relações com a realidade. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- _____. (1967b) Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- _____. (1967-1968) O Seminário, livro 15-*O ato psicanalítico*. Inédito
- _____. (1968-1969) O Seminário, livro 16-*De um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1969-1970) O Seminário, livro 17-*O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. (1969) O ato psicanalítico. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1970) Discurso na Escola Freudiana de Paris. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1971-1972) *Estou falando com as paredes*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

_____. (1971-1972) O Seminário, livro 19 -... *ou pior*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

_____. (1972-1973) O Seminário, livro 20 – *Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. (1974) Nota Italiana. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1975-1976) O Seminário, livro 23-*O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LAURENT, E. Princípios diretores do ato analítico. *Correio*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n.56, p. 5-9, ago. 2006.

_____. *Marcas del aprendizaje y agujeros del lenguaje en el espacio autístico*. Conferência proferida no Fórum sobre autismo: *¿Insumisos de La educación?* Organizado pela Escuela Lacaniana de Psicoanálisis (ELP) Barcelona, 11 de Dezembro de 2015, disponível em <http://autismos.elp.org.es>, em 07/06/2020.

_____. Política do passe e identificação dessegregativa. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n.82, abril, 2020, p. 47-56.

MACHADO, L.V & AGUIAR, F. Eficácia e efeitos terapêuticos em psicanálise: uma leitura a partir do caso francês. *Cad. Psicanál.* (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 38, n. 34, jan./jun. 2016, p. 207-229

MALENGRAU, P. Para uma clínica de cuidados paliativos. In: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n.13, ago. 1995, p. 87-90.

MANSO, R, JORGE, M. A. C, ALBERTI, S. Da extimidade da Psicanálise e seu lugar na polis - *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 16 n. 4, 2016, p. 1078-1097.

MARON, G. Urgência na cidade. In: MARON, G, e BORSÓI, P. *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro: Subversos, 2012, p. 22.

MENDES, E. V. *Redes de Atenção em Saúde*. OPAS/OMS, 2004.

MERHY, E. E. Saúde. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____.FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009, p. 278-284. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf>.

MILLER, G. O ato alho por excelência é o ato sexual. In: MILLER, G (org). *Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987, p. 8-67.

MILLER, J-A. *El banquete de los analistas*. Buenos Aires: Paidós, 2000

_____.A “Formação” do Analista. In: *Opção Lacaniana* nº37, set, 2003, p. 5-34.

_____.Uma Fantasia. Conferência no V Congresso AMP – Comandatuba, 2004, disponível em <http://2012.congresoamp.com/>, consultado em 01/01/2022.

_____.*El partenaire-síntoma*. Buenos Aires: Paidós, 2008.

_____.*El banquete de los analistas*. Buenos Aires: Paidós, 2010.

_____.El psicoanálisis, su lugar entre las ciencias. In: La clinica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones. *El Caldero de La Escuela*. Buenos Aires, EOL, nº 19, 2012.

_____. Prólogo de Guitrancourt. In: *Cuadernos de Actividades Curso 2015-2016*. Instituto del Campo Freudiano, Espanha. (Original publicado em 1988).

_____.Psicanálise Pura, Psicanálise Aplicada e Psicoterapia. In: *Opção Lacaniana online*, ano 8, n. 22, mar.2017 (a).

_____.Questão de Escola: Proposta sobre a Garantia. In: *Opção Lacaniana online*, ano 8, n. 23, jul. 2017 (b).

_____.*Del síntoma al fantasma. Y retorno*. Buenos Aires: Paidós, 2018.

_____.El lugar y el lazo. Buenos Aires: Paidós, 2020.

MILNER, J-C. *A Obra Clara – Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1996, p. 28-62.

MORETTO, M. L. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____.Entre o luto e a luta: Sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações-limite na instituição hospitalar. In: DECAT DE

MOURA, M. (ORG). *Oncologia: clínica do limite terapêutico? - Psicanálise e Medicina*. Belo Horizonte: Artesã, 2013, p. 352 – 365.

_____. *Psicanálise E Hospital hoje: o lugar do psicanalista*. In: *Rev. SBPH*, Jun 2019 (a), vol.22, no. spe, p.19-27.

_____. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni, 2019 (b).

PACHECO FILHO, R. A. Humanização no Sistema Único de Saúde: o que a psicanálise tem a dizer sobre isso. In: *A peste*, vol. 7, nº1, Jan/Jun, 2015, p. 81-94.

PECEGO, A. S; GUARDADO, C. M. R., PROTA, F. Apresentação por ocasião das atividades preparatórias do eixo A *passagem de psicanalisante à psicanalista*, da X Jornada da EBP/SP “Psicanálise em Ato”, em 05/10/2021.

POLLO, V. (2004). Exílio e Retorno do corpo: Descartes e a Psicanálise. In: ALBERTI, S e RIBEIRO, M. A C. *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa. Pag. 15-28.

QUINET, A. *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor, 2005.

_____. *O ato. Variações freudianas 2*. São Paulo: Giostri Editora, 2014.

ROUDINESCO, E. *Sigmund Freud, na sua época em nosso tempo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

SANTOS, T. C, OLIVEIRA, F. L. G, DIAS, M. S, M, CARVALHO, P. B – Psicanálise aplicada com profissionais em uma instituição hospitalar: os afetos e a dimensão real do Outro. In: *Revista SBPH*, vol.22, Rio de Janeiro, jun, 2019.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

SOUZA DANTAS, J. C. Comunicação médico-paciente e o exercício da autonomia no tratamento oncológico: bases e perspectivas para um cuidado centrado no paciente. Monografia (Residência Multiprofissional em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017.

SWINERD, M. M. Corpo e Sujeito no tratamento do câncer hematológico: de que(m) se trata? In: INCA, MS. *Cadernos de Psicologia, Sofrimento Psíquico do paciente oncológico, o que há de específico?* n. 2, ano 2014. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

VASCONCELLOS, S. C. Do contexto ao texto: psicanálise aplicada ao seu caso. In: DECAT DE MOURA, M. (ORG). *Oncologia: clínica do limite terapêutico? - Psicanálise e Medicina*. Belo Horizonte: Artesã, 2013, p. 366 – 380.

VERAS, M. Por que uma rede de psicanálise aplicada? In: *Revista Fapol online Lacan XXI*, out.2016, vol. 2, disponível em <http://www.lacan21.com> (01/01/2022).

VICENTE, S. O Ato analítico. In: *Cógito*, vol. 6, Salvador, 2004.

VIEIRA, M. A. O lugar da psicanálise na medicina – introdução a uma conferência de Jacques Lacan, Cadernos do IPUB: *Ciência e saber no campo da saúde mental*, vol. VIII, n. 21, pp. 115-114, 2002.

VIGANÓ, C. Da Instituição ao discurso. In: *Mental*, ano IV, n. 6, Barbacena, jun. 2006, p. 33-40

VILANOVA, A. dor na própria carne. Psicanálise e doença terminal, um caso. In: *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia*. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1997, pp.277-284.

_____. Uma presença orientada: algumas considerações sobre a prática em nossa época. In: *Opção Lacaniana online nova série* Ano 7, n.21, 2016.

VITTAR, H. e CASTRO, L. R. (comentário no texto) Reyna, J. R. La cirugía estética, solución mágica para um cambio? In: BOCCA et al – *Temas de frontera entre el psicoanálisis y la medicina*. Olivos: Gramma ediciones, 2015, p. 69-80.

ZBRUN, M. *A formação do analista – De Freud a Lacan*. Petrópolis: KBR, 2014.